



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS Y
SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL
FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA”**

Trabajo de Titulación previo a la
obtención del Título de
Licenciada en Trabajo Social

AUTORA:

Nelly Graciela Pomaquiza Saeteros
C.I. 0302590492

DIRECTOR:

Ms. Francisco Rene Astudillo Lucero
C.I. 0101050219

CUENCA-ECUADOR

2017



RESUMEN

La presente monografía titulada: Estrategias de intervención desde el Trabajo Social frente al consumo de drogas en la adolescencia presenta un acercamiento teórico al conflicto que significa el uso y consumo de drogas en los adolescentes del Ecuador, y la función que el trabajador social desempeña frente a esta problemática.

La investigación está dividida en tres capítulos. El primer capítulo trata sobre la evolución histórica de las drogas; qué son las drogas; su clasificación según su constitución; los efectos producidos; el consumo de estas en los adolescentes y los factores de riesgo en la adolescencia. Para este cometido se ha empleado la investigación bibliográfica de fuentes primarias, organismos gubernamentales, e información actualizada sobre el consumo de drogas en el Ecuador desde los principales medios escritos del país, obteniendo como producto el porcentaje de consumo y acciones realizadas por el gobierno actual.

En el segundo capítulo se abordó lo referente al Trabajo Social, desde la definición de los términos significativos hasta las estrategias empleadas en cada una de las etapas por la que atraviesan las personas con adicción a las drogas.

En el tercer capítulo se trató cómo es el consumo de drogas en los adolescentes; las funciones que desempeñan los trabajadores sociales frente a esta problemática, y finalmente, las posibles alternativas y/o estrategias desde el Trabajo Social para conseguir la rehabilitación de los adolescentes adictos a las drogas, atendiendo a los lineamientos proporcionados por la SETED y la Asamblea Nacional.

Palabras claves: adicción, adolescencia, consumo, drogas, drogodependiente, estrategia, intervención, prevención, rehabilitación, Trabajo Social.



ABSTRACT

The current monograph entitled Intervention strategies from social work against consumption of drugs in adolescence. It presents a theoretical approaching to conflict that means the use and consumption of drugs by ecuadorian's teenagers and the role that the social worker play against this problematic.

The research is divided in 3 chapters. The first chapter treats about drugs historical evolution; what are them?; its classification according to its constitution; the effects produced; the consumption of them in the teenagers and the risk factors in the adolescence. For this purpose have been employed bibliographic research from primary sources, governmental organisms and updated information about drugs consumption in Ecuador from main local print media, getting as result percentage of consumption and activities developed by the current government.

In the second chapter we addressed the referent to Social Work, from the definition of the significative terms until the strategies used in every stage that people with addiction to drugs.

In the third chapter we treated about how is the consumptions of drugs in the teenagers?; the functions that they perform against to this problematic, and finally, the possible choices and/or strategies from social work to get rehabilitation for a drug addict teenagers and paying attention to lineaments provided by SETED and National Asamblea.

Key words: addiction, teenager, consumption, drugs, drug addict, strategy, intervention, prevention, rehabilitation, social work.



CONTENIDO

Agradecimiento.....	8
Dedicatoria.....	9
Introducción.....	10

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1.- Historia de las drogas.....	11
1.2.- Definición de drogas.....	16
1.3.- Tipos de drogas.....	18
1.4.- Efectos y motivos de consumo de drogas.....	20
1.4.1.- Sistema nervioso central.....	20
1.4.2.- Sistema cardio-respiratorio.....	25
1.4.3.- Sistema reproductivo.....	26
1.4.4.- Sistema digestivo.....	26
1.4.5.- Motivos para el consumo de drogas.....	27
1.5.- Las drogas en la adolescencia.....	30
1.6.- Drogadicción como enfermedad.....	32
1.7.- El consumo de drogas en la adolescencia en nuestro país.....	36
1.8.-Factores de riesgo de la drogadicción.....	39

CAPÍTULO II: INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON ADICTOS

2.1.- ¿Qué es estrategia de intervención?.....	45
2.2.- Estrategias de intervención del Trabajo Social.....	46
2.3.- Estrategias utilizadas para la intervención de Trabajo Social con adictos.....	49
2.3.1.- Acción preventiva.....	50
2.3.2.- Acción asistencial.....	53
2.3.3.- Acción rehabilitadora.....	55

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS DEL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA



3.1.- El consumo de drogas en la adolescencia desde la perspectiva del Trabajo Social.....	60
3.2.- La intervención del trabajador social frente al consumo de drogas en la adolescencia.....	64
3.3.- Alternativas y Estrategias desde la perspectiva del Trabajo Social.....	71
Conclusiones	77
Anexos.....	80
Bibliografía.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - 3.....	22
Gráfico 4 - 7.....	23
Gráfico 8 – 11.....	24
Gráfico 12.....	28
Gráfico 13.....	33
Gráfico 14.....	35
Gráfico 15.....	40
Gráfico 16 – 17.....	41
Gráfico 18 -19.....	42
Gráfico 20 - 21.....	43
Gráfico 22.....	44
Gráfico 23.....	57



Universidad de Cuenca

Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Nelly Graciela Pomaquiza Saeteros, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, Octubre de 2017

Nelly Graciela Pomaquiza Saeteros.

C.I. 0302590492



Nelly Graciela Pomaquiza Saeteros, autora del trabajo de titulación, **“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Octubre de 2017

Nelly Graciela Pomaquiza Saeteros.

C.I. 0302590492



AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme sus bendiciones para superar los obstáculos que se han presentado en mi camino, y darme fuerzas necesarias para seguir adelante y alcanzar mis metas.

A MIS PADRES, agradezco de todo corazón para brindarme apoyo incondicionalmente para seguir adelante.

A mis hermanas, hermano y a mis sobrinas y sobrino y a todas las personas que han estado junto a mí, brindándome su apoyo.

Mi agradecimiento formal a la Universidad de Cuenca, a la Facultad de Jurisprudencia, por abrirme sus aulas, para brindarme todos los conocimientos necesarios para formarme como profesional.

Agradezco a mi director de esta monografía al Máster Francisco Astudillo, por su tiempo y paciencia ya que con sus conocimientos he podido día a día ser mejor.



DEDICATORIA

Dedico esta monografía primeramente a Dios, por darme sabiduría, fortaleza e inteligencia para superar las dificultades presentadas en mi vida.

A mi padre y madre por ser un pilar fundamental en mi vida, por consejos y sobre todo por su infinito amor, y a toda mi familia, a mis hermanas y hermano que me apoyaron para alcanzar este logro.

A mis sobrinas y sobrino y a todas las personas que han estado junto a mí, brindándome su apoyo.



INTRODUCCIÓN

En la actual sociedad, el tema del consumo de drogas se ha convertido en un asunto de salud pública por la cantidad de personas que son consumidores, y cuyas edades pertenecen a todos los rangos de edad. Cuando el consumo se presenta en la adolescencia, se convierte entonces en una problemática que exige, de forma inmediata, una intervención profesional, pero entendiendo esta como un conjunto de acciones que tengan como finalidad, la prevención, la asistencia y la rehabilitación de los adolescentes. En razón de esto, las acciones aunadas entre actores públicos y privados serán de importante función.

El consumo de drogas en la adolescencia está siendo abordado como un problema de afección a la sociedad en su conjunto. En virtud de aquello, las acciones gubernamentales no se han hecho esperar, por parte del Gobierno Central y los gobiernos municipales, para poder combatir esta enfermedad que se está propagando a una velocidad alarmante.

Sin embargo, las acciones gubernamentales se quedarían anuladas si no existiese la intervención del profesional de Trabajo Social, quien es el encargado de articular las acciones de los diferentes actores y sectores sociales, buscando como objetivo principal la rehabilitación de la persona drogodependiente, y en otros casos, retardar o prevenir el consumo de drogas en los adolescentes.

En la presente investigación: “Estrategias de intervención desde el Trabajo Social frente al consumo de drogas en la adolescencia”, se explorará el rol del trabajador social frente a esta problemática, analizando para eso el nacimiento de las drogas; su evolución histórica; las acciones específicas empleadas por parte del trabajador social con las personas drogodependientes, así como las herramientas, métodos, modelos y estrategias de intervención, para poder contribuir a la recuperación del drogodependiente; también se analizará las posibles alternativas y estrategias que pueden utilizarse.

Finalmente, cabe señalar que, en todo el proceso de intervención, el trabajador social deberá acompañar en todo momento a la persona drogodependiente, para trabajar tanto con el usuario como con su entorno: amigos, familia, comunidad.

CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1 Historia de las drogas

El uso de las drogas por parte de la humanidad no es un fenómeno contemporáneo, el empleo de sustancias que impliquen la alteración del sistema nervioso tiene una historia tan antigua como el hombre mismo: “El alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoactivos empleados con esta finalidad ya alrededor de año 5.000 a.C.”¹ (Corrêa 1).

La historia de las drogas tiene una datación milenial cuyos primeros vestigios datan de la China imperial, hace por lo menos 4000 años: “Se estima que el cáñamo (*cannabis sativa*) se cultiva en China desde hace 4.000 años” (Ibíd); otros datos reflejan que su uso data de por lo menos 8.000 años: “La planta del cáñamo “CANNABIS SATIVA”, parece ser que se conoce desde hace unos 8.000 años, ya que en documentos chinos de estas fechas se mencionan y... se han utilizado sus fibras para fabricar cordel, ropas, calzado y papel...” (Consejería de sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria 3). De la misma forma, en el imperio Inca como en el Azteca también se encuentran rastros del empleo de drogas para usos cotidianos y contrarrestar problemas de índole natural:

En América, el imperio incaico (andino) sacaba tres cosechas anuales de hoja de coca (*erythroxylum coca lam*) las cuales se utilizaban como analgésico y energizante de uso diario, especialmente, en virtud de la fatiga producida por la altura. En la sociedad Azteca, igualmente se empleaba la ingestión del hongo llamado *teonanacati* y el consumo de *peyote* con fines religiosos. (Corrêa 1).

Respecto a las sustancias nocivas de mayor difusión que alteran el organismo humano se encuentran:

¹ El término opiáceo hace referencia a los medicamentos que imitan las actividades de las endorfinas. Las endorfinas son sustancias que el cuerpo produce con la finalidad de controlar el dolor. Entre los ejemplos, se incluyen: MS Contin, Oramorph, Avinza, Kadian, Roxanol (nombre genérico: morfina); codeína; Dolophine (nombre genérico: metadona); Opana, Opana ER, Numorphan HCl (nombre genérico: oximorfona); Dilaudid (nombre genérico: hidromorfona); Levo-Dromoran (nombre genérico: levorfanol); OxyContin, OxyIR o Roxicodone (nombre genérico: oxicodona); Demerol (nombre genérico: meperidina); Duragesic, Actiq o Fentora (nombre genérico: fentanilo). Algunos analgésicos narcóticos combinan un opiáceo con aspirina, paracetamol o ibuprofeno. Entre los ejemplos, se incluyen: Percodan (nombre genérico: oxicodona y aspirina), Percocet y Roxicet (nombre genérico: oxicodona y acetaminofeno), Vicodin, Lorcet y Lortab (nombre genérico: hidrocodona y paracetamol). Disponible en el siguiente enlace web: <http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/dolor/terapias/narcoticos> Recuperado el 12/01/2017

... la cafeína, el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los opiáceos. Probablemente, el alcohol sea el más antiguo de todos. Las pesquisas históricas no son concluyentes, pero indican que la fermentación de algún fruto o de la miel es el origen remoto del primer psicoactivo. De hecho, los descubrimientos arqueológicos revelan que las vasijas ya existían en 8.000 a.C. y que, por lo menos, en 5.000 a.C. eran empleadas para almacenar miel. De ahí se deduce que la miel fermentada y diluida en agua (aguamiel o hidromiel) haya sido el primer vino para consumo humano. Desde entonces el alcohol ha formado parte de la vida humana. (Ibíd).

Respecto a los opiáceos, su historia no es reciente, ya que desde la antigüedad se la empleaba para adormecer el dolor, así:

...El opio, jugo de un tipo de amapola, es una de las drogas más versátiles conocidas. Gracias a su ingrediente activo, la morfina, el opio adormece el dolor, produce júbilo, induce el sueño y reduce las aflicciones... La planta de la amapola, conocida como adormidera, siempre fue utilizada como alimento, forraje y aceite, pero hay registros históricos de que sus funciones psicotrópicas ya eran conocidas en 3.000 a.c. Del Oriente Medio, donde era muy empleado por la medicina, se extendió hacia India y, después, en el siglo IX, hasta China. (Ibíd).

De esa forma se puede observar que “En las muestras de escritura más antiguas se encuentran referencias al empleo de drogas estimulantes, depresoras y alucinógenas...” (Zavaleta 1). Por lo tanto, en base a lo anteriormente expuesto las palabras que expresan Alfonso Sanjuán e Ibáñez López son muy decidoras: “...las drogas siempre han existido, todos los pueblos han tenido su droga.” (Sanjuán y López 19); llegando a afirmarse con total certidumbre que “con la aparición del hombre se inició también la intención por obtener sustancias capaces de producir cambios en el estado de ánimo, el nivel de alerta y la percepción del mundo, descubriéndose y elaborándose las sustancias psicoactivas...” (Zavaleta 1); evidenciando que, desde la configuración de la humanidad en pueblos o grupos, el uso de las drogas ha sido una constante al interior de su (pequeña o gran) comunidad, empleándose tanto en “...el plano religioso, como en el terapéutico, el productivo o el lúdico, en función de las diferentes culturas y religiones...” (Molina Mansilla 3).

El consumo de las drogas también estuvo ligado a fenómenos de índole cultural que aparecieron en la Europa medioeval, donde la aparición de las brujas guardaba relación con el consumo de alucinógenos que le permitían llegar a estado de trance, convirtiéndose en uno de los eventos que marcaron la historia de las drogas. Así, la aparición de las brujas en toda Europa estaba ligada a:



...a través del consumo de ciertas plantas como la mandrágora, la belladona, el estramonio y el beleño, conseguían llegar a un estado de trance. Debido a las circunstancias imperantes del momento, la Santa Inquisición consideró que estas prácticas eran contrarias a la fe cristiana y muchas de ellas fueron torturadas, condenadas y llevadas a la hoguera (Molina Mansilla 5).

Los avances tecnológicos empezaban a desempeñar una importante función en el consumo de ciertos tipos de drogas, ya que “El invento de la destilación del alcohol, en el siglo XIV, generó en los monasterios y abadías una cultura del vino y de otros licores que en aquella época eran consumidos, casi exclusivamente, por el clero y las clases más acomodadas de la sociedad...” (Ibíd 6). En el período que comprende el enciclopedismo francés, el uso de preparados de opio era común en tratamientos analgésicos:

...se generalizó el uso de preparados a base de opio, muy recomendado por sus efectos analgésicos. Los primeros preparados serían el láudano de Paracelso, el abate de Rousseau y el láudano de Sydenham, aunque estos compuestos eran extremadamente costosos, por lo que se buscaron otras fórmulas más económicas, como los polvos de Dover. (Ibíd 8).

Continuando con el desempeño de la tecnología al servicio de las drogas (ya sean legales o ilegales, diferenciación que se verá posteriormente), estos “... permitieron que se aprendiera a concentrar y aislar los principios activos de ciertas drogas. Dicho proceso se inició con los alquimistas y la destilación del alcohol y alcanzó una eficiencia... cuando se aislaron los alcaloides cafeína, morfina y cocaína.” (Zavaleta 1); gracias a este proceso de destilación del alcohol y el proceso de aislamiento de alcaloide en “... 1.804 se sintetizó la morfina del opio, para un uso terapéutico como analgésico” (Molina Mansilla 8). Por lo tanto, la morfina aparece a principios del siglo XIX, con el alemán Fiedrich William Sertüner quien “...pasó a sustituir (junto con la codeína) al opio en los tratamientos médicos, especialmente después que se introdujera la inyección hipodérmica como procedimiento terapéutico, en 1855” (Corrêa 2).

Algunos inventos dieron paso a la aparición de nuevos tipos de drogas, de esa forma cabe recalcar que “El invento de la jeringa hipodérmica permitió contar con formas más seguras de administración, lo cual a su vez favoreció la elaboración de nuevos compuestos tales como la heroína, las anfetaminas y el PCP, productos de síntesis químicas” (Zavaleta 1). La heroína fue creada en 1874, comercializada por Bayern como sustituto del opio; aunque su consumo inicial fue en Estados Unidos e Inglaterra,



su expansión global concluyó con “...algunas olas de comportamiento heroínómano, que culminaron con la muerte de por lo menos una generación de adictos de heroína inyectable (yonquis).” (Corrêa 2).

En el siglo XX, el consumo de marihuana fue característica de los movimientos culturales que buscaban romper con la estructura social, política y económica que imperaba; la juventud colisionaba con la sociedad establecida y el consumo de marihuana era su bandera (al menos de ciertos movimientos sociales):

A partir de los años cincuenta del siglo pasado, se generaliza el consumo de marihuana, como sinónimo de ruptura de la juventud con la sociedad establecida, asociado a movimientos tales como el hippy, el mayo francés del 68 y la rebelión de las universidades norteamericanas de finales de los sesenta, con la revuelta contracultural iniciada en las universidades de California, que luchaba por el ecologismo, el feminismo, el antimilitarismo, etc. (Molina Mansilla 9).

Con el consumo de marihuana generalizado, lo que parecía un problema correspondiente a grupos sociales o subculturas pasó a ser un problema de salud pública: “El opio y sus derivados (morfina y heroína), así como la cocaína también pasaron a ser vistos como un problema de salud pública a finales del siglo XIX, cuando sus efectos dañinos ya eran de conocimiento general.” (Corrêa 7). Por lo que se puede concluir aceptando las palabras acertadas de Fernando Caudevilla cuando expresa que “A lo largo de casi todo el siglo XX, el uso de sustancias psicoactivas con fines no médicos ha dado lugar a varias crisis sociales y sanitarias de distinta intensidad.” (Caudevilla 2).

Continuando con el consumo de la marihuana por parte de esta “contracultura”, a la vez que los hippies y los jóvenes del mayo francés hacían de la marihuana su bandera, se experimentó también el consumo de nuevas drogas como el LSD, droga que se verá entrelazado “al fenómeno musical de la sicodelia, que ensalzaba los efectos provocados por las drogas alucinógenas y que tuvo su mayor expresión en la costa oeste de los Estados Unidos.” (Molina Mansilla 9).

Desde la década de los 80 del siglo pasado, hasta la época actual, con los avances tecnológicos y el mercado de consumo juvenil (problema central sobre el cual se levanta la presente investigación) el consumo de drogas se ha generalizado y la aparición de nuevas drogas ha permitido un mayor consumo entre la población más



expuesta: juvenil. Las drogas de “bailes” se encuentran asociadas “... a ciertos fenómenos musicales desarrollados en determinados tipos de discotecas” (Ibíd 10).

Actualmente, la droga conocida como “h”, el éxtasis, metanfetaminas, hongos mágicos, y otros “... alucinógenos de origen sintético, como el DOM, DOET, DOB, TMA, MDE, MBDB, TMT, MDA y el MDMA.” (Corrêa 5), están destruyendo a la adolescencia mundial; y no sólo a los jóvenes, sino que el consumo de las drogas como el alcohol, tabaco, cafeína, heroína, etc., se encuentran en las personas sin límites de edad ni discriminación de género, raza o religión. Las drogas actualmente atacan a todo tipo de personas y su consumo es generalizado (drogas legales) al punto de considerar al tabaco como “...estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia.” (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 7).

Las primeras dataciones del tabaco se encuentran en el año 2.000 A.C, donde los mayas fueron los pioneros en su consumo:

Se acepta que la primera cultura en utilizar las hojas de tabaco para fumarlas fue la maya, desde 2.000 A.C. Cuando los conquistadores españoles llegaron al nuevo mundo en 1492, liderados por Colón, encontraron en la Isla de Haití (que se denominaba Tabago) un indígena que se dedicaba a “chupar con deleite el humo producido por unas hojas arrolladas en forma de cilindros y encendida por uno de sus extremos” (Sanjuan e Ibáñez. p. 398). (Corrêa 4).

Desde esa época hasta la actualidad, el tabaco junto con el alcohol son las drogas de consumo más frecuente, a tal punto que algunos datos que revelan el daño que la droga conocida como tabaco produce, lo revela el documento de la Delegación del Gobierno de España, exponiendo que:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 9).

De esta forma llegamos a la conclusión de este primer apartado, con la finalidad de haber explorado brevemente cómo se fue desarrollando el apareamiento y posterior



consumo de las drogas, desde la China imperial, la civilización Azteca, Inca, la Europa medioeval, la cultura hippie y la actualidad, dando paso al siguiente apartado.

1.2 Definición de drogas

Respecto a la definición como tal de drogas existen varias que a continuación exploraremos. Siguiendo los lineamientos anteriores, cabe acoger la reflexión de María del Carmen Molina, cuando expresa que:

...el término «droga» procede de la palabra holandesa droog (seco), debido a que muchas de las plantas que se importaban a Europa desde América se desecaban previamente, para que no perecieran durante su transporte³⁰.

La doctrina se esfuerza por acuñar diferentes definiciones sobre este término, aunque a priori se debe expresar que el concepto «droga» no es unívoco, es decir no tiene una única acepción, dependiendo de los distintos ámbitos de estudio desde los que nos situemos. (Molina Mansilla 14).

Para continuar con las definiciones, veamos qué nos dice la Organización de Estados Americanos respecto a drogas: “Bajo la denominación de “sustancia psicoactiva” o “droga”, se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así como su peligrosidad, puede variar significativamente.” (OEA 9).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando se refiere a droga refiere “... cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse puede alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central, es una DROGA.” (Consejería de sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria 2). Otra definición de droga encontramos en las palabras de la Lcda. Sandra Caballero, quien entiende como droga a “... la materia prima de preparación de un medicamento. Es la sustancia cuya administración con un fin o no terapéutico modifica la conducta de una persona tendiendo a su uso continuado o periódico.” (Caballero S. 29).

Otras definiciones que gozan de aceptabilidad son las que analiza la autora Diana Armijos, al citar en su trabajo las palabras de expertos en este caso, tales como Rosa María Becerra, Raúl García y otros, así:

(Rosa María Becerra) ...droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Tanto las legales como las ilegales, De

hecho, las drogas más consumidas en nuestra sociedad y que causan un mayor número de problemas, son el tabaco y el alcohol cuyo uso está permitido. No especifica la vía, pues las drogas pueden ingerirse como el alcohol o fuman como el tabaco y la marihuana, etc. otras pueden administrarse por vía endovenosa (inyectada), y algunas también pueden ser aspiradas por la nariz (Becerra, 1999: 11).

(Raúl García) ...una droga es una sustancia que puede modificar el pensamiento, las sensaciones y las emociones de la persona que la consume. Las drogas tienen la capacidad de cambiar el comportamiento y a la larga, la manera de ser. Algunas drogas se consideran legales y otras ilegales. La consideración de un tipo de droga como legal (como sucede con el alcohol o el tabaco) implica tan solo una regulación diferente de la producción y de la comercialización, y en ningún caso quiere decir que no sea peligrosa. Todas las drogas comportan un riesgo y no existe consumo alguno que pueda considerarse totalmente seguro. El riesgo resulta de la combinación de tres factores: los efectos que provoca la sustancia, la manera de utilizarla (dosis, forma de administrarla, efectos que quieren obtenerse con ella) y la vulnerabilidad del consumidor (García, 2011: 5). (Armijos 13).

Una definición desde el ámbito legal es aquella citada por la autora María del Carmen Molina, quien haciendo uso del Diccionario de Ciencias Penales explica que droga significa o se entiende:

... toda sustancia química o natural, psicótropa, que es capaz de producir dependencia, ya sea física o psicológica», siendo definida la «psicotropía» como: «que actúa sobre la función, el comportamiento o la experiencia psíquica, bien por acción directa sobre el Sistema Nervioso Central, bien por acción periférica sobre las neuronas, produciendo efectos psicodélicos, psicoanalépticos o psicodislépticos, según provoque disminución, aumentos o distorsión de la actividad psíquica. (Molina Mansilla 15).

Para finalizar, es necesario aclarar que dentro de la definición de drogas también existen otro tipo de clasificaciones, como por ejemplo: drogas legales e ilegales; drogas institucionalizadas y no institucionalizadas; de la misma forma se encuentra la clasificación de las drogas ubicadas en tres grupos, a decir: estupefacientes, alucinógenos y las volátiles; otra clasificación corresponde a su fabricación (por así decirlo) en naturales y sintéticas; varios autores realizan la clasificación entre drogas duras y blandas; mientras que una última clasificación que cabe mencionar es la que se realiza por los efectos que ocasionan en el sistema nervioso central: depresoras, estimulantes y las psicodélicas. En el próximo apartado analizaremos la clasificación de las drogas.

1.3. Tipos de drogas

Como se mencionó en la parte final del apartado anterior, existen clasificaciones de las drogas, desde el ámbito jurídico, natural, formal y por sus efectos. A continuación, se estudiará estos ámbitos y qué tipos de drogas contienen.

Respecto a la clasificación entre drogas legales e ilegales, el contenido es:

Dentro de las drogas legales se encuentran:

- El alcohol
- El tabaco
- El café

En el grupo de las drogas ilegales, el autor Caudevilla se restringe a la información que proporciona la Junta de Fiscalización de Estupefacientes, organismo dependiente de la ONU:

...Lista I agrupa sustancias “sin ningún uso médico aceptado, que pueden generar adicción con rapidez y que suponen graves riesgos para la salud” ... III y IV hace referencia a drogas supuestamente menos peligrosas y... accesibles...”

- Lista I: Dietilamida de ácido lisérgico (LSD), cannabis, éxtasis y derivados (3,4 metilendioxi metanfetamina (MDMA), 3,4-metilendioxi anfetamina (MDA), 3,4-metilendioxi etil anfetamina (MDEA)...), psilocibina, gammahidroxibutirato (GHB).
- Lista II: Anfetaminas y derivados (anfetamina, metanfetamina, metilfenidato...), secobarbital, cocaína
- Lista III: Algunos barbitúricos (amobarbital, ciclobarbital, pentobarbital) y derivados benzodiacepinicos (flunitrazepam)
- Lista IV: Benzodiacepinas (alprazolam, diazepam, oxazepam...), barbitúricos (secobarbital), zolpidem.

“... resume las sustancias incluidas en cada una de las Listas de la JIFE. En realidad, esta clasificación no responde a criterios médicos, farmacológicos o toxicológicos sino a cuestiones de índole política y moral.” (Caudevilla 3 – 7).

A la aportación anterior, se puede sumar la que realiza la autora Diana Armijos, quien considera en su estudio que las drogas ilegales son:

- Cocaína
- Cannabis
- LSD
- Heroína



- Hachís
- Éxtasis

Respecto a la clasificación entre drogas Institucionalizadas y no Institucionalizadas, la autora María del Carmen Molina cita a conocidos expertos: Alfonso Sanjuán e Ibáñez López, en su libro: *Todo sobre las drogas*; donde estos autores realizan la clasificación de la siguiente forma:

- Drogas Institucionalizadas: los estimulantes, los hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos, los ansiolíticos, los neurolépticos, el alcohol y el tabaco.
- Drogas no institucionalizadas: se incluyen el opio, la cocaína, el cannabis, el LSD, los anestésicos, los alucinógenos vegetales, los inhalantes y el éxtasis (*Todo sobre las drogas* pp135 – 197). (Molina Mansilla 16).

Respecto a la clasificación entre drogas estupefacientes, alucinógenas e inhalantes, la distinción es la siguiente:

- Estupefacientes: “embriagantes que producen efectos bifásicos” (Molina Mansilla 17) barbitúricos “son drogas sintéticas que actúan sobre el sistema nervioso central, rebajando el tono emocional, la atención mental y disminuyendo la capacidad sensorial. o hipnóticos” (Ibíd); los narcótico-analgésico-euforizantes “produce sueño o estupor y alivia el dolor. Aquí se encuentran, el opio y sus alcaloides, y productos de síntesis...” (Ibíd) y analgésicos-euforizantes “provocan un estado anímico de euforia. Se encuadran la coca y sus derivados (cocaína)” (Ibíd).
- Alucinógenos: éxtasis y LSD cuya preparación es sintética; y marihuana que es considerada una droga natural porque “...es una mezcla gris verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas y picadas de la planta de Cannabis” (Armijos 20)
- Volátiles: drogas inhalables que “...son compuestos orgánicos que se utilizan como disolventes... Son productos que se encuentran... en la mayoría de los hogares o que se pueden conseguir en los más diversos establecimientos con enorme facilidad...” (Ibíd 21); o disolventes que son “Disolventes industriales o de uso doméstico o productos que contienen disolventes, incluso diluyentes o disolventes de pintura, desengrasado, líquidos de lavado en seco, gasolina y sustancias adhesivas” (Ibíd 21).

La clasificación respecto a las drogas duras y blandas es la siguiente:

- Drogas duras: “aquellas que producen graves riesgos para la salud” (Caudevilla 4) entre las que se pueden encasillar la heroína, cocaína, hachís, éxtasis, LSD.
- Drogas blandas: “...supuestamente menos peligrosas” (Ibíd), entre las que se encuentran el alcohol, el tabaco y cannabis, aunque vale la pena mencionar que durante “...la combustión del tabaco se origina más de 4.000 productos tóxicos diferentes.” (Delegación del Gobierno de España 7).

Por último, para la clasificación de las drogas según los efectos que producen en el sistema nervioso central en estimulantes, depresoras y psicodélicas, nos acogeremos a la información proporcionada por el ayuntamiento de Zaragoza, España, así:

- Depresoras: “Sustancias que enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central. En general son calmantes del dolor, disminuyen los reflejos, producen sueño, y, en dosis altas, el coma e incluso la muerte.
 - Las más importantes de este grupo son: ~ Alcohol. ~ Ansiolíticos o tranquilizantes (valium, tranxilium...). ~ Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos): inductores del sueño. ~ Opiáceos (opio y derivados: heroína, morfina, metadona).” (Sección de drogodependencias 6)
- Estimulantes: “Sustancias que aceleran el funcionamiento del cerebro, entre las que podemos destacar: Estimulantes mayores: ~ Anfetaminas. ~ Cocaína. Estimulantes menores: ~ Nicotina. ~ Xantinas (cafeína, teína...).” (Ibíd)
- Psicodélicas: “Sustancias que distorsionan la percepción. Sus efectos varían ampliamente y pueden ser impredecibles:
 - ~ Alucinógenos: LSD, mescalina... ~ Derivados del cannabis: (hachís, marihuana). ~ Disolventes y sustancias volátiles (acetato, benceno, cetonas, éter...). ~ Drogas de síntesis (MDMA o éxtasis, ketamina, GHB).” (Ibíd)

1.4 Efectos y motivos del consumo de drogas

Una vez ya definido qué significa el término “droga”, el cómo apareció a lo largo de la historia de la humanidad y cómo se clasifican, el punto a tratar en el presente apartado son los efectos y motivos del consumo de drogas. En virtud de aquello, cabe entonces estudiar qué tipos de efectos ocasiona el consumo de las drogas en nuestros organismos.

1.4.1 Sistema nervioso central

Para iniciar este acápite es imprescindible entender que estudiaremos los trastornos en el cuerpo humano producidos por el consumo de drogas, enfatizando que cuando



nos referiremos a intoxicación, lo haremos siempre entendiendo por ese término "...al uso inadecuado, abuso y dependencia" (Caballero S. 43).

La relación que guarda el consumo de las drogas con las afecciones en el sistema nervioso central ha sido objeto de estudio en el campo de las neurociencias, de tal forma que los últimos estudios es la base sobre la cual se señala la "...relación íntima entre las estructuras cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas, además de la predisposición, los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias..." (OEA 9).

El riesgo del consumo prolongado de las drogas, ya sean estas legales o ilegales, es alto debido a los efectos negativos sobre el sistema nervioso llegando al punto de ocasionar dependencia en el sujeto hacia las drogas. En ese proceso de dependencia, la forma que lo identifica radica en que:

... aumentan la concentración del neurotransmisor llamado dopamina, en una zona específica del cerebro: el núcleo accumbens, que es probablemente el centro del placer más importante... Los estudios con imágenes cerebrales muestran que los sujetos con dependencia de sustancias psicoactivas presentan una disfunción en aquellas regiones del cerebro que son críticas para la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control de la conducta. (OEA 9).

Las afecciones al cerebro se dan también por el consumo continuado de drogas psicotrópicas que terminan produciendo un consumo crónico en el sujeto llegando a:

...alterar de una forma especial el funcionamiento de un circuito neuronal específico, denominado sistema mesocorticolímbico dopaminérgico, generando modificaciones en la actividad electrofisiológica de algunas poblaciones neuronales (White 1.995), regulando los receptores moleculares en las vías de transducción de señales y en la regulación de la expresión génica. (Molina Mansilla 27).

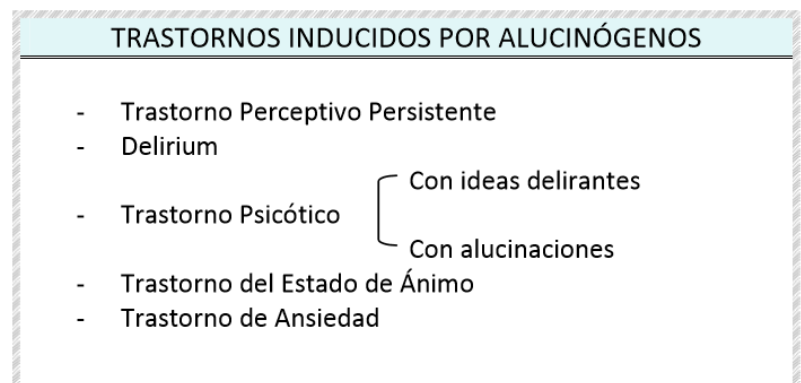
El uso de drogas en exceso llega, incluso, a ocasionar problemas de trastornos mentales en el sujeto que las consume, así la autora Sandra Caballero expone, en su estudio, los diferentes tipos de trastornos mentales que ocasionan el consumo excesivo de drogas. A continuación, los cuadros de la autora en mención:

Gráfico 1



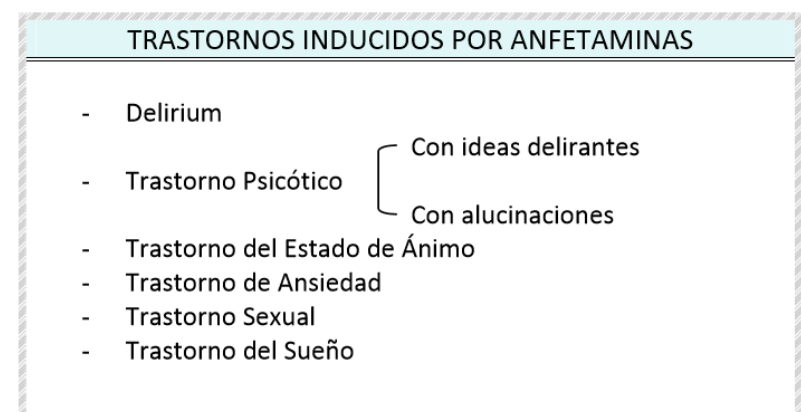
Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 43.

Gráfico 2



Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 43.

Gráfico 3



Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 44.

Gráfico 4

TRASTORNOS INDUCIDOS POR CAFÉINA

- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno del Sueño

Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página. 44.

Gráfico 5

TRASTORNOS INDUCIDOS POR CANNABIS

- Delirium
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno de Ansiedad

Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 44.

Gráfico 6

TRASTORNOS INDUCIDOS POR COCAÍNA

- Delirium
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo
- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno Sexual
- Trastorno del Sueño

Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 44.

Gráfico 7

TRASTORNOS INDUCIDOS POR FENCICLIDINA

- Delirium
- Trastorno Psicótico
 - Con ideas delirantes
 - Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo
- Trastorno de Ansiedad

Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 45.

Gráfico 8

TRASTORNOS INDUCIDOS POR INHALANTES	
- Delirium	
- Trastorno Psicótico	Con ideas delirantes Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo	
- Trastorno de Ansiedad	

Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 45.

Gráfico 9

TRASTORNOS INDUCIDOS POR NICOTINA	
- Abstinencia	

Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 45.

Gráfico 10

TRASTORNOS INDUCIDOS POR OPIÁCEOS	
- Delirium	
- Trastorno Psicótico	Con ideas delirantes Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo	
- Trastorno Sexual	
- Trastorno del Sueño	

Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 45.

Gráfico 11

TRASTORNOS INDUCIDOS POR SEDANTES, HIPNÓTICOS Y ANSIOLÍTICOS	
- Delirium	Por intoxicación Por abstinencia
- Demencia Persistente	
- Trastorno Amnésico Persistente	
- Trastorno Psicótico	Con ideas delirantes Con alucinaciones
- Trastorno del Estado de Ánimo	
- Trastorno de Ansiedad	
- Trastorno Sexual	
- Trastorno del Sueño	

Fuente: Sandra Caballero. Patología dual: la intervención plural. Página 46.



1.4.2 Sistema cardio-respiratorio

A nivel cardio-respiratorio, los problemas que se presentan agudizan la temática, debido a que, varios estudios han demostrado las afecciones que sufren los pulmones debido al consumo de cigarrillo siendo este una droga legal, de fácil acceso y consumo. El problema que representa el cigarrillo nos expone el documento de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), al informarnos que un elemento del cigarrillo, el monóxido de carbono que se encuentra dentro del humo del tabaco “...pasa a la sangre a través de los pulmones. Es el responsable del daño en el sistema vascular por una parte, y de la disminución del transporte de oxígeno a los tejidos de nuestro organismo, por otra. Produce fatiga, tos y expectoración.” (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 8).

También el mismo documento nos expone las enfermedades que se relacionan con el consumo del tabaco:

- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio).
- Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias).
- Úlcera gastrointestinal.
- Gastritis crónica.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer bucofaríngeo.
- Cáncer renal o de vías urinarias.
- Impotencia sexual en el varón. (Ibíd 9)

Una vez explorado el daño que ocasiona el consumo del cigarrillo en el sistema respiratorio, cabe también explorar otros daños que ocasionan el uso de las drogas:

Aceleración del ritmo cardíaco, aceleración del ritmo respiratorio, cardiopatías, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, enfermedades de las arterias coronarias, anemia, dificultades para la coagulación sanguínea, neumonías, secreción nasal, aumento de la presión sanguínea, irritación de los bronquios, bronquitis, tos, asfixia, mala función de los pulmones, mayor tendencia a la aparición de úlceras en la mucosa nasal, cáncer bronquial o pulmonar. (Consejería de sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria 18 – 19).

1.4.3 Sistema reproductivo

Los efectos dañinos que causa el consumo de drogas en el sistema reproductivo pueden llevar, incluso, a la infertilidad, aunque en un primer momento, el consumo de estas sustancias eleva el apetito sexual. Cabe recalcar que el uso de las drogas institucionalizadas también causan efectos en la sexualidad, así “...los psicofármacos también tienen efectos sobre la sexualidad, por ejemplo los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos, (los más recetados en la actualidad) son anorgasmia, disminución de la libido, insomnio y agitación.” (Pérez del Río & otros 2).

Respecto a las drogas no institucionalizadas o ilegales, sus efectos en el sistema reproductivo, cuando se presentan, se conocen como

Impotencia coeundi, que se manifiesta como disminución de deseo sexual, incapacidad para obtener o mantener una erección o ausencia de eyaculación. La posible afectación de la libido, la erección y la eyaculación por la exposición laboral a sustancias químicas es un tema poco conocido. Parece ser que, en ausencia de enfermedad o edad avanzada, las causas psicógenas son las más habituales en este tipo de desórdenes. Incluso cuando el origen es orgánico, siempre parece existir un componente emocional o psicológico... Infertilidad (antiguamente impotencia generandi), en la cual, siendo el acoplamiento normal, la unión resulta estéril. (Huici y Bonilla 4).

1.4.4 Sistema digestivo

Respecto al sistema digestivo, es necesario hacer mención que en el consumo de sustancias que ponen en peligro la salud del cuerpo humano, el riesgo de que el aparato digestivo sufra de daños es menor al del aparato respiratorio, debido a que “...aparato respiratorio, que tiene un área de superficie de absorción de 80-100 m², mientras que la cifra correspondiente del aparato digestivo no supera 20 m².” (Frada 4.2).

También hay que hacer mención de los efectos que causan tanto el consumo del café como del alcohol (ambas siendo drogas legales) en el aparato digestivo, de esa forma con el consumo del café en el aparato digestivo “...aumenta notablemente la secreción del ácido clorhídrico del jugo gástrico, úlceras gástricas y duodenales, acidez, diarreas acompañadas de cólicos, aumentar la producción de saliva y disminuir el apetito.” (Rodríguez y González 7); mientras que el consumo del alcohol en el aparato digestivo “... produce inflamación de la lengua, del esófago, y del estómago (Sic), diarreas, úlceras gástricas y duodenales, cáncer gástrico, de la boca y del



esófago, así como lesiones en el páncreas, en el hígado cirrosis hepática y graso.” (Ibíd).

1.4.5 Motivos para el consumo de drogas

Para iniciar el presente apartado, parece necesario comenzar realizando una distinción que nos ayudará a saber a qué concepto nos referimos cuando decimos uso de drogas, abuso de drogas y drogodependencia; así, la autora María del Carmen Molina nos refiere lo siguiente:

El primer término se refiere a una utilización sin implicaciones clínicas ni sociales, siendo sinónimo de consumo ocasional o episódico. En cambio, el abuso de drogas conlleva un consumo intenso y prolongado en el tiempo, que puede producir cambios en ciertos aspectos de la fisiología cerebral conducentes a un desorden permanente del comportamiento, sobre todo, en el estado mental y emocional. El último de los vocablos empleados se conceptúa como *síndrome caracterizado por un esquema de comportamientos en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes*. (Molina Mansilla 26 – 27).

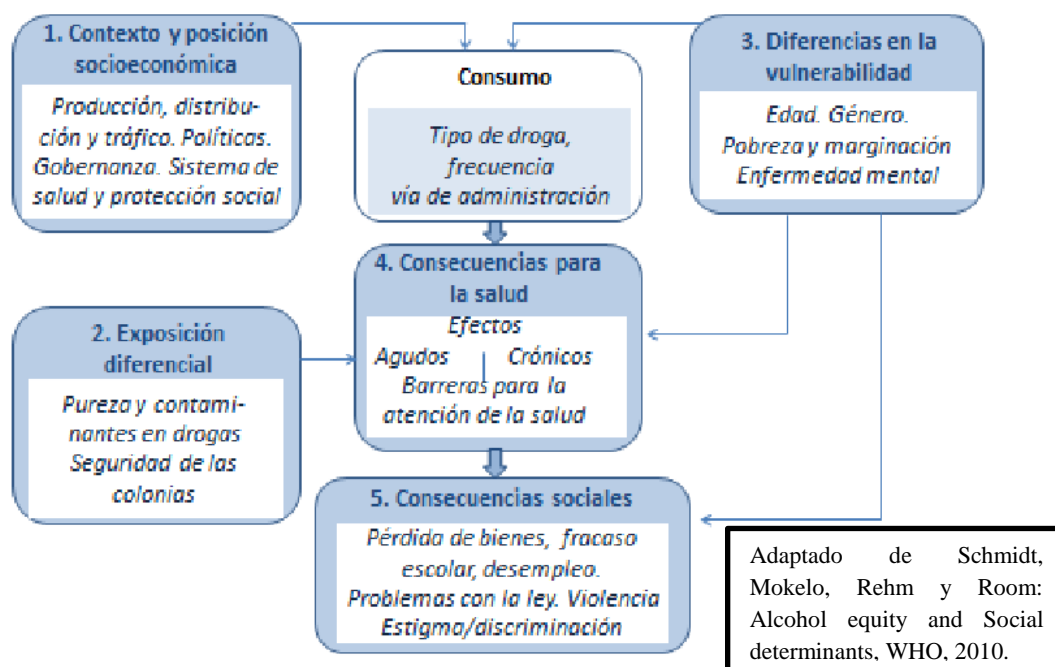
El esfuerzo realizado por la citación anterior obedece a saber distinguir entre estos términos de significativa importancia, pues la misma autora nos explica que: “El empleo de esta terminología es de una extraordinaria importancia, pues mientras que el uso y el abuso de las drogas pueden prevenirse, la drogodependencia requiere tratarse.” (Ibíd).

Cuando nos ubicamos en el campo de los motivos del consumo de drogas, parece inevitable analizar cuáles son los detonantes que promueven este tipo de acciones, y más cuando se trata de adolescentes (como es el enfoque que se le ha dado a la presente investigación).

La Organización de Estados Americanos, en su estudio “*El problema de drogas en las Américas: estudios*” hace un análisis de cuáles son esos factores a nivel social que contribuyen al consumo de drogas en los adolescentes, de tal forma, el mencionado documento expone “...cinco áreas de análisis: el contexto y la posición socioeconómica, la exposición diferencial a los factores de riesgo, la vulnerabilidad diferencial a los riesgos, los resultados diferenciales de la atención a la salud y las

variaciones en las consecuencias sociales” (OEA 26), llegando a proporcionar un gráfico muy elusivo:

Gráfico 12



Fuente: OEA: “El problema de drogas en las Américas: estudios”. Gráfica 2. Página 26.

Explicando la tabla anterior, entenderemos que en cuanto al contexto y la posición socioeconómica, el consumo de drogas puede facilitarse si, dentro del contexto en el que se encuentra el sujeto existen los medios disponibles que permitan y motiven el consumo, es decir, en el campo del contexto puede caer el grupo de pares, los compañeros y amigos más cercanos, así como las políticas en cuanto a drogas maneje cada país evidenciando cómo es el trato respectivo que le dan a este singular problema; de igual forma, en cuanto a la posición socioeconómica, el consumo de drogas se facilita si existen los medios económicos que posibiliten el acceso a este tipo de sustancias, desempeñando el factor dinero una importante función.

Otros autores como Francisco González Calleja, Mari Mar García-Señorán y Salvador González González proporcionan otras condicionantes dentro del factor social, considerando dentro de este dos niveles: macro y micro, entendiendo que el segundo “...se refiere a aquellos contextos más inmediatos en los que el sujeto participa directamente; por ejemplo la familia, el grupo de iguales, la escuela.” (González Calleja & otros 259); mientras que el primero involucra “...los factores de

riesgo externos al individuo, de carácter socioestructural, socioeconómico, sociocultural, que condicionan la calidad de vida e influyen en la conducta adictiva convirtiéndola en un proceso no estático.” (Ibíd).

Respecto al segundo punto, en el ámbito de la exposición diferencial debemos tener en cuenta que, en cualquier escenario en el que los sujetos se desenvuelvan, los niveles de peligrosidad existen, diferenciándose por particularidades que agravan o disminuyen la peligrosidad, entre estas particularidades se encuentran urbanización; tipo de moradores y riesgo de consumo con grupos de pares.

En cuanto al tercer punto, se debe comprender que cuando se habla de vulnerabilidad, hay elementos a destacar como el sexo, la edad o si padece algún tipo de enfermedad mental o discapacidad, porque es más vulnerable en los daños causados por el consumo de drogas una mujer que no ha consumido este tipo de sustancias que un hombre consumidor de una droga legal como el cigarrillo; al igual que un adolescente menor de edad es más vulnerable que un adulto; y en los adolescentes es más vulnerable al consumo de drogas uno que no realiza ninguna actividad académica que aquel que sí la realiza; como también aquellas personas que padecen enfermedades mentales, puesto que su tendencia hacia la drogadicción es mayor.

El cuarto y quinto punto examinan:

... factores como las barreras en el acceso a servicios de la salud, especialmente para los más pobres. Las personas que sufren de una adicción y sus familias son más vulnerables a la pérdida de bienes, el desempleo y los problemas con la ley. Son con más frecuencia víctimas de violencia y discriminación. Estas consecuencias son más visibles en los niveles de bajo poder adquisitivo. (OEA 25 – 26).

La cita anterior lo que pretende explicar es la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas de escasos recursos y que afrontan problemas de salud, exhibiendo una mayor tendencia al consumo de drogas, así las personas que consumen este tipo de sustancias y en esta situación de vulnerabilidad se encuentran con mayor riesgo de fracaso, ya sea escolar, familiar y social, convirtiéndose en víctimas de violencia familiar y de discriminación social.

En los próximos apartados se verá cuál es el proceso (aproximadamente) que se da en el inicio de consumo de drogas en los adolescentes, de forma que se podrá analizar cómo se inicia y a qué niveles ha llegado el consumo de estas sustancias.



1.5 Las drogas en la adolescencia

Una vez explicados los factores que contribuyen en el consumo de drogas, en el presente apartado se estudiará cómo es el proceso sobre el consumo de drogas en la adolescencia, entendiendo que la adolescencia es una de las etapas del sujeto, y que como tal se encuentra dentro de un conjunto de circunstancias tanto culturales como sociales que pueden influir en el comportamiento del individuo.

Cuando examinamos el riesgo que existe en la adolescencia para el consumo de drogas, es necesario determinar que:

... un joven con un alto riesgo para el consumo de drogas podrá ser definido como un adolescente menor de 18 años y que, por estar expuesto a determinadas circunstancias, es decir, factores de riesgo personales (que existen ya dentro del individuo) y/o sociales (condiciones externas a él, pero con las que convive), tiene una mayor probabilidad de iniciarse en el uso de sustancias tanto legales como ilegales. (García Moreno 49).

Por lo tanto, el uso de sustancias que pueden causar drogodependencia se encuentran con mayor accesibilidad en los adolescentes debido a la función que desempeñan las circunstancias en aquellos adolescentes que no tienen conformada su personalidad, porque la adolescencia, como se ha dicho anteriormente, es una etapa más en la vida de todo sujeto, y como tal, se debe analizar el consumo de drogas como un proceso que tiene un inicio en determinado momento, acompañada de circunstancias claves; de esta forma, la conducta de los adolescentes exhiben circunstancias que a continuación pasaremos a estudiar:

Sobre las características que los adolescentes afrontan y los llevan al consumo de drogas son las que proporciona el Dr. Alejandro Maturana:

- a) Necesidad de reafirmación: la formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, existiendo por lo tanto una tendencia a preocuparse en exceso por su imagen y a cómo son percibidos por los demás... Ellos necesitan reafirmar su identidad y para hacerlo han de compartir ritos específicos. Existirían “ritos” en la actualidad, como los relacionados a los propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo de alcohol y otras drogas utilizadas como objetos/sustancias iniciáticas generadoras de vínculos sociales.
- b) Necesidad de transgresión: a los adolescentes actuales no se les ha dejado el espacio para la transgresión. Los padres de los adolescentes de hoy, a fuerza de querer ser liberales, han perdido la capacidad de indignación con sus hijos, quedándose éstos sin muñeco contra el que tirar sus dardos...

c) Necesidad de conformidad intragrupal: la necesidad para el adolescente de estar en grupo responde a requerimientos educativos, sociales y psicológicos individuales. En efecto, los grupos son un medio de intercambio de diferentes informaciones que cada uno puede haber recogido en situaciones familiares personales, actividades de ocio o intereses personales que él ha tenido la ocasión de transmitir a sus pares... Desde el punto de vista psicológico o intrapsíquico individual, el adolescente puede también re-elaborar lo que se denomina el ideal del yo, constituyéndose así el grupo, en un medio de acceso a lo que se sueña adquirir, conquistar o ser...

d) Sensación de invulnerabilidad: existen tres condiciones que se incrementan a esta edad: el egocentrismo, la omnipotencia y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia. Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente ni sería capaz de entenderlas... Por lo tanto, la conclusión más frecuente que ellos hacen frente a los mensajes atemorizantes y a la vez atemorizados del mundo adulto es: “yo controlo”.

f) El rechazo a la vida del adulto: la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentar conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior. En este punto es necesario tener en cuenta la socialización de género, sobre todo en los varones en quienes los comportamientos están poco orientados a acercarse a los adultos y a pedir ayuda...

g) Susceptibilidad frente a las presiones del entorno: los adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas, como por ejemplo el alcohol, con una determinada imagen. (Maturana 103 – 104).

Con las características expuestas por Maturana, cabe sumarle las expuestas por los autores Francisco González Calleja, María del Mar García y Salvador González, quienes apuntan que los factores relacionados con el inicio del consumo de drogas, resumiéndolos son los siguientes:

- Factores individuales
 - Dentro de las variables individuales están los rasgos de personalidad
 - Dentro de los rasgos de personalidad se encuentran las conductas: búsqueda de sensaciones; alto nivel de seguridad; baja autoestima; locus de control externo; rebeldía; baja tolerancia a la frustración; conocimientos; creencias; actitudes; expectativas; factores comportamentales.
- Los factores sociales
 - Nivel micro social
 - Influencias parentales; influencias de los hermanos; influencias de los compañeros-amigos; factores escolares.
 - Nivel macro social
 - Influencia de los medios de comunicación; contexto social; oferta y disponibilidad de las sustancias (González Calleja & otros 259 – 266).



Otro tipo de información es la que nos proporcionan los investigadores Teresa Hernández, Jesús Roldán & otros, quienes en su trabajo encontraron que:

La experimentación temprana con tabaco, alcohol (antes de los 14 años) o cannabis (antes de los 15 años) se asocia a prevalencias mas (Sic) elevadas de consumo diario de tabaco y de cannabis, a patrones de alcohol abusivo en promedio diario y a policonsumo regular o consumo concurrente de 2 o más drogas en el último mes... Se observa que la fuerza de las asociaciones encontradas aumenta a medida que aumenta el número de sustancias de inicio precoz, resultando esto una constante en la práctica totalidad de las asociaciones estudiadas...(Hernández & otros 199).

De tal forma es que las drogas se presentan en la adolescencia, lográndose identificar circunstancias que promueven el uso de drogas, el consumo de estas y terminando en la drogodependencia. Los adolescentes que carecen de vínculos familiares fuertes o una familia constituida, personalidad frágil, problemas familiares; económicas, académicos, sociales, que sufren de discriminación, o que buscan ser aceptados al interior de su grupo social, son los que presentan mayor tendencia hacia el consumo de sustancias tóxicas que inician como una especie de ritual de aceptación o escapatoria de la realidad, para terminar en una enfermedad de drogodependencia que exhibe su característica principal: la adicción:

... que resulta de la renuncia que toda elección trae consigo, en particular las elecciones identificatorias y afectivas. Cuando el adolescente no puede aceptar esta renuncia, esta tentado a afirmar su independencia con relación a otros, recurriendo a la manipulación de un producto, en una conducta repetitiva de modo de preservar su sentimiento de control. (Maturana 106).

1.6 La drogadicción como enfermedad

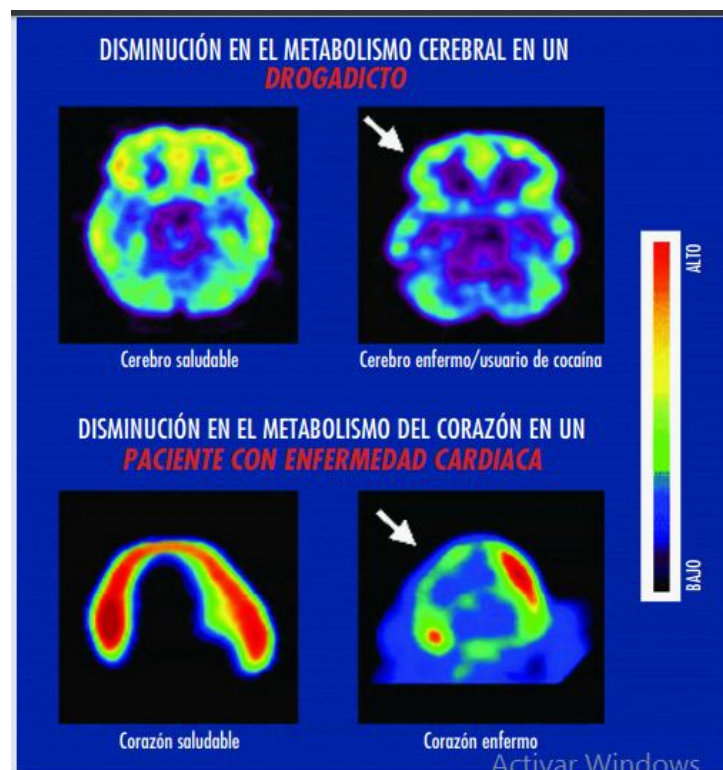
En la parte final del apartado anterior se analizó lo que es la enfermedad de la drogodependencia; en el presente apartado analizaremos a la drogadicción como enfermedad, para lo cual es imprescindible manejar los conceptos de los que se ha hecho uso anteriormente. En este sentido cabe hacer mención que el consumo de drogas cuando se vuelve una enfermedad, transita de un estado a otro, de un uso esporádico, a un consumo continuado que se prolonga en el tiempo, mientras que, cuando ese consumo se vuelve una enfermedad con consecuencias negativas en el sujeto, estamos en el terreno mismo de la drogodependencia, estado crítico del sujeto, ya que el individuo mantiene una adicción al consumo de esta sustancia convirtiendo

el consumo en una conducta repetitiva que, en primera instancia pareciese que el sujeto mantienen el control, aunque el mismo es perdido posteriormente, así, es necesario citar nuevamente la definición de drogodependencia de la autora María del Carmen Molina, quien entiende por drogodependencia: “... *síndrome caracterizado por un esquema de comportamientos en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.* (Molina Mansilla 26 – 27).

Cuando el consumo de sustancias pasa de ser un consumo a un estado de drogodependencia, se puede afirmar que el sujeto es un drogadicto, que se encuentra en el estado de la drogadicción, entendiendo que el drogadicto es por definición el sujeto que consume drogas de forma adictiva, concibiendo a la adicción como:

... una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas. (Departamento de salud de los EUA, La ciencia de la adicción 5).

Gráfico 13



Fuente: Departamento de salud de los EUA. Página 5.

Hallados en este estado de drogodependencia, es imperioso mencionar la distinción que realiza la autora Beatriz Armijos entre una drogodependencia psíquica y una psicológica, recurriendo a Jaime Sieres, Armijos afirma:

Dependencia psíquica o psicológica: nos dice que es menos grave, lo cual consiste en una dependencia mental o psíquica de la droga, vale decir que el individuo depende psicológicamente de ella porque encuentra que los efectos que le produce, son factores necesarios para alcanzar cierto bienestar, un típico ejemplo de esta dependencia lo constituye el hábito del fumador común.

Dependencia física u orgánica: se caracteriza por la necesidad física de su uso, en este caso existe un deseo irresistible o compulsivo de la droga que hace que la busque o procure por todos los medios, habiendo tendencia al aumento de la dosis y síndrome de abstinencia o de privación cuando se la suprime bruscamente, el ejemplo típico está dado por la adicción a los narcóticos, como la morfina y la heroína, evidentemente este segundo tipo es mucho más grave y pernicioso que el anterior, dependencia física pura prácticamente no existe, este tipo de dependencia es casi siempre precedido por la dependencia psíquica (Sieres, 2000: 21). (Armijos 28).

La misma autora (Armijos) también hace una referencia sobre la drogadicción como enfermedad, recurriendo nuevamente a conceptos de expertos en el tema como es el caso de Manuel Hernández, quien refiere:

La drogadicción es considerada una enfermedad, cuando el individuo que consume las drogas, ha involucrado ya su organismo y deja de ser una situación síquica. Además la drogadicción es considerada enfermedad, cuando se necesita un tratamiento para salir de ella, y no puede ser controlada por el drogadicto. La enfermedad puede ser con drogas ilícitas y con fármacos, que en un principio se utilizaron para el tratamiento de otra enfermedad.

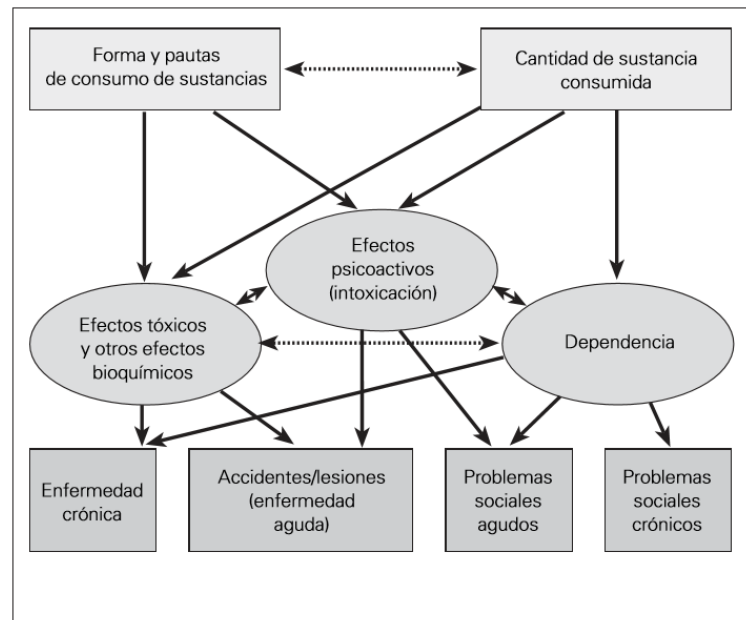
Una de las conclusiones más relevantes de las recientes investigaciones es que todas las sustancias adictivas, desde el tabaco a la heroína, pasando por la cocaína, el alcohol, la marihuana y las anfetaminas, activan los mismos circuitos cerebrales y allí parece estar la clave del conocimiento y el tratamiento de las adicciones. "La dependencia a las distintas drogas, aunque se manifiesta con comportamientos diferentes, tiene mecanismos biológicos comunes que nos explican muy bien qué sucede en el cerebro". (Hernández, 1993: 20-27). (Ibíd 30).

Entonces cabe concluir que "El consumo de drogas y la adicción que producen se ha llegado a considerar una enfermedad crónica" (Gutiérrez 501); por el mismo lineamiento se inclina la OMS, organismo que encuadra a la drogadicción dentro de las enfermedades mentales: "... con los progresos recientes de la neurociencia ha quedado claro que la dependencia de sustancias es un trastorno cerebral, tanto como

cualquier otra enfermedad neurológica o psiquiátrica” (Organización Mundial de la Salud 13).

Mecanismos que relacionan el consumo de sustancias psicoactivas con los problemas de salud y sociales

Gráfico 14



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Página 13.

A la postura de la OMS que califica la adicción como enfermedad o trastorno cerebral, se suma el criterio del NIDA que también califica a la drogadicción como “... una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean.” (Departamento de salud de los EUA, DrugFacts 1), pero llegando a considerar que al igual “...que muchas otras enfermedades crónicas con recaídas, como la diabetes, el asma o las enfermedades del corazón, la drogadicción puede tratarse exitosamente.” (Ibíd 2).

Para finalizar, tomamos las palabras del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EUA, que califica a la drogadicción como “... una enfermedad compleja, caracterizada por el deseo vehemente, la búsqueda y el consumo compulsivo y en ocasiones incontrolable de drogas, que persisten a pesar de las consecuencias extremadamente negativas.” (Departamento de Salud y Sericios Humanos de EUA V).



1.7 El consumo de drogas en la adolescencia en nuestro país

Sobre el tema del apartado que nos toca tratar ahora, el título en sí es muy decidor, pues la investigación se centrará en estudiar el número de adolescentes que consumen drogas en nuestro país, para ver si es alarmante o no el consumo de este tipo de sustancias.

Para aceptar las cifras alarmantes sobre el consumo de drogas, cabe hacer hincapié en noticias importantes respecto a este tema, con la finalidad de esclarecer cómo el Ecuador ha dejado de ser un país de tránsito, en cuanto al tema de narcóticos refiera, por ejemplo, en el diario ecuatoriano “El Telégrafo” se señala la siguiente noticia:

...“en Bélgica capturan 8 toneladas de drogas enviadas desde el Ecuador”, “decomisan drogas en los aeropuertos”, “decomisan drogas alrededor de los colegios”, “droga en el tercer nivel de estudios”, “consumo de drogas en el cerro Santa Ana”, “drogas en los colegios”, “encuentran drogados a estudiantes de colegios”, “rector de colegio expresó que las drogas no son responsabilidad de los profesores, sino de los padres”, “autoridades educativas opinan que las causas de la drogadicción son ajenas al sistema educativo”, etc.²

En la cita anterior se puede observar que el problema de las drogas nos corresponde a todos: padres de familia, amigos, compañeros, entorno social, autoridades académicas, autoridades gubernamentales, profesionales de distintas ramas, etc., porque las drogas no sólo afecta a los adolescentes, sino que ahora el país se ha vuelto puerto de decomiso de toneladas de este tipo de sustancias, exhibiendo la importancia de realizar un trabajo integral en este ámbito, ya que:

El consumo de drogas es un problema personal, familiar, comunitario, institucional, organizacional y de la sociedad. La lucha contra las drogas es un problema político, militar, policial, jurídico, comunicacional, económico, antropológico, sociológico, psicológico, educativo, filosófico, espiritual y de sentido de la vida. (Ibíd).

En la cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas realizada a estudiantes cuyas edades estaban comprendidas entre 12 - 17 años, efectuada en el año 2012, el funcionario del Observatorio de Drogas del Consejo de Sustancias Estupefacientes “CONSEP” Xavier Pasquel “... indicó que la distribución de la muestra de los chicos que fueron encuestados abarca todas las edades, todos los niveles educativos, con la

² Para mayor información consultar el siguiente enlace:
<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/columnistas/1/la-adolescencia-juventud-y-las-drogas-problema-de-todos-1>,

presencia del 50% de género masculino y femenino.”³; lo que representa que el muestreo es fidedigno y no discriminatorio.

En el mismo estudio de este órgano encargado de realizar este tipo de encuestas y sobre este tema, el funcionario exhortó que “...uno de los resultados de impacto que debería tener la política pública es retrasar el uso de las sustancias, porque mientras más tarde el joven o el estudiante... más probable es que en el futuro no las consuma de manera ocasional o regular.” (Ibíd). También reflexionó sobre los datos obtenidos de la encuesta, expresando que:

El motor en que se ha retrasado la edad de inicio de consumo de drogas, a excepción de pasta base de cocaína, en el 2005 era 14.5 años; en el 2012 de 14.3 años, es decir que los chicos que declararon haber usado estas sustancias lo hicieron a edad más temprana... Al referirse a los datos demográficos dijo que la encuesta fue realizada en 23 capitales de provincia y en ciudades que superan los 10 mil habitantes, en zona urbana; a estudiantes de 12 a 17 años, aproximadamente 30 mil encuestas que significa a 514 mil 962 estudiantes.

Representa el 75% de los estudiantes de todo el país, que están REGISTRADOS en esa edad; el porcentaje por género fue 52% masculino, 45% femenino y no se obtuvieron respuestas del 3%. El 78% fue realizado en colegios públicos y fiscales; 7% en colegios privados; el 14% en fiscomisionales y el 1% municipales. El 76% fue realizado en jornada de estudio matutino y el 24% en vespertina.

En cuanto a las edades, el 33.4% corresponde a chicos de 14 a 15 años; el 31.3% de 12 a 13 años, el 29.1% de 16 a 17 años; y, más de 17 años, el 5.8%. (Ibíd).

Sobre los datos obtenidos de la encuesta realizada por el CONSEP, parece adecuado añadirle la información que proporciona el Diario ecuatoriano “La Hora”: “El 0.5% de los 514. 962 alumnos de diferentes edades y de colegios públicos y privados que intervinieron en el estudio revelaron que habían usado marihuana al menos una vez en el último mes, mientras que en 2008 fue el 1.3%.”⁴.

Sobre el consumo de drogas en las ciudades más pobladas del Ecuador: Quito y Guayaquil, una nota publicada en el diario “El Telégrafo” el 1/08/2017, refiriéndose a esta misma encuesta del CONSEP expresa que:

El promedio de edad del primer consumo de marihuana es de 15,56 años en Quito y de 14,15 en Guayaquil... En promedio, 2 de cada 100 estudiantes tienen algún tipo de consumo de marihuana... Con respecto a ingerir bebidas alcohólicas, la investigación

³ Informe de la Asamblea Nacional de la República del Ecuador:

<http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/34312-consep-emite-cifras-sobre-consumo-de-drogas>

⁴ Para mayor información consultar el siguiente enlace: <https://lahora.com.ec/noticia/1101503438/el-consumo-de-drogas-en-adolescentes>.

reveló que el 4,17% de los adolescentes encuestados usa esporádicamente (poca cantidad en menos de un año desde su primer consumo) el alcohol, mientras que el uso ocasional (poca cantidad pasado el año de su primer contacto) es del 1,72%. Quienes consumen frecuentemente (grandes cantidades en sus primeros 12 meses de actividad) son el 1,66% de la muestra. Los adolescentes que ingieren alcohol de manera intensa (grandes cantidades pasado el año de su primera vez de consumo) son 1,08%. Las estadísticas acerca de quienes fuman cigarrillos son un poco más elevadas. Quienes lo hacen de manera esporádica son el 20,6%. Los que consumen de manera ocasional son el 7%. El uso frecuente de cigarrillos se encuentra en un 3,6% de la muestra, mientras que el 7% fuma de manera intensa.⁵

Otros datos obtenidos del mismo diario pero sobre la misma encuesta exponen que: “(de la encuesta realizada) El 0,15% dijo que consumía heroína, y el 18,3% declaró que consigue las drogas a través de un ‘amigo’.”⁶ Al respecto del consumo de drogas, la psicóloga clínica Eva Cevallos “explica que el consumo de drogas en los adolescentes es “multicausal y un asunto complejo”. Hay factores de tipo personal, familiar y social involucrados en el consumo...” (Ibíd).

También, al interior de la encuesta, los datos que preocupan son que en:

... las zonas urbanas este porcentaje supera (34%) al área rural (18%). En la Costa, el 38% de los adolescentes habría visto usar drogas a algún estudiante, una cifra mayor que en otras regiones. Sobre el acceso a drogas y estupefacientes, un 15% señala que le sería fácil conseguir marihuana. Lo preocupante, detalla el informe, es que la segunda droga a la que, al parecer, pueden acceder es la H en un 8%. En tercer lugar está la cocaína con un 6%, el éxtasis en un 4% y la pasta base en un 3%.⁷

A forma de reflexión sobre los resultados de la encuesta realizada por la CONSEP en el año 20102, cabe citar opiniones de entendidos en este tema para poder conocer la apreciación de quienes conviven con este problema y cuál es su posición frente a este mal que aqueja a la juventud.

Ricardo Carcelén, sicólogo de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Instituto de Neurociencias, indica que efectivamente es necesaria la integración del joven en actividades paralelas. “Si no tiene nada que hacer, puede ir a una cancha y practicar

⁵ Para mayor información consultar: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/13/la-edad-promedio-de-inicio-de-consumo-de-drogas-es-de-143-anos>

⁶ Para mayor información consultar: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-consumo-de-drogas-en-colegios-un-asunto-multicausal-y-complejo>.

⁷ Información tomada del diario “El Universo”. Para mayor información sobre la noticia, consulte en: <http://www.eluniverso.com/noticias/2016/04/04/nota/5504028/46-jovenes-cree-que-droga-circula-su-plantel>

deportes o dedicarse a pintar. Mientras el niño tenga un objetivo claro, lo que nosotros llamamos proyecto de vida, podrá enfocarse en lo que hará los próximos 5 u 8 años”...⁸

La experta en comportamientos de conducta, Carla Villacís, indica que al existir este fácil acceso, la adicción se afianza en los adolescentes. “Una vez que entran al organismo las drogas modifican el comportamiento e intereses. Se quedan enganchados y es el organismo el que las pide. Su capacidad de decisión sobre la sustancia no depende de ellos cuando ya se ha establecido la dependencia”... Raúl Villegas, otro padre de familia... considera que debería realizarse exámenes toxicológicos a los estudiantes una vez a la semana. (Ibíd).

Óscar Rueda, jefe provincial de la Policía Especializada en Niños, Niñas y Adolescentes (Dinapen), indicó que las drogas están más cerca de los hogares, y que los padres en la mayoría de los casos no entienden las señales de alerta que dan los hijos cuando usan sustancias prohibidas. Inclusive aseguró que en la actualidad la edad de consumo se encuentra entre los 11 y 12 años de edad.⁹

1.8 Factores de riesgo de la drogadicción

Para finalizar el capítulo correspondiente a la historia de las drogas, los daños que causa a nivel familiar, social, académico y la población que la consume, es ineludible abordar cuáles son los factores de riesgo que inciden, permiten, promueven y facilitan el consumo de drogas en los individuos. A continuación se analizará los factores de riesgo y su accionar en el individuo (en este caso: adolescente), pero antes de entrar en materia sobre los factores de riesgo, es irremediable acudir a la distinción entre los factores de riesgo y los factores de protección, esclareciendo que sólo estudiaremos los primeros.

Conocer cuáles son los factores de riesgo permitirá a los implicados (familia, la academia, el grupo de pares) analizar e identificar las acciones de prevención que ayudarán a evitar que el sujeto afectado incurra en la drogodependencia. Estos factores de riesgo:

...pueden ubicarse en diferentes dominios: individual (por ejemplo, trastorno emocional o de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas), familiar (convivencia con padres alcohólicos), escolar (fracaso académico), social (amigos usuarios de drogas) y comunitario (alta disponibilidad de sustancias). (OEA 27).

⁸ Información obtenida del diario ecuatoriano “El Telégrafo”. Para mayor información consultar en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-consumo-de-drogas-en-colegios-un-asunto-multicausal-y-complejo>

⁹ Información extraída del diario manabita “eldiario.ec”: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/377836-el-consumo-de-drogas-en-ecuador-empieza-a-los-12-anos/>

María del Rosario García Moreno, en su estudio “Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar” refiere otros factores de riesgo a tomar en cuenta:

- tener problemas económicos.
- ser hijos de padres con problemas de abuso de drogas.
- ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico.
- ser jóvenes sin hogar.
- ser jóvenes que abandonan la escuela.
- jóvenes embarazadas.
- jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos.
- jóvenes con problemas de salud mental.
- jóvenes que han intentado cometer suicidio. (García Moreno 49).

Acerca de los factores de riesgo, la autora Carmen Arbex Sánchez los define dentro de su obra “Guía de intervención: menores y consumos de drogas” como:

... aquellas circunstancias socioculturales y características individuales, que en conjunción, en un momento determinado, incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes favoreciendo que se pueda dar un consumo abusivo y problemático. Alas que reducen la probabilidad de consumir y de tener problema con las mismas se les considera factores de protección. (Arbex 32).

Gráfico 15

PERSONAL VALORES	FACTORES DE RIESGO
	<ul style="list-style-type: none"> – Sistema de valores poco claros. – Individualismo. – Escepticismo: falta de deseo de mejorar la realidad. – Imprudencia. – Presentismo e Inmediatismo. – Irresponsabilidad (en sus comportamientos y con los demás).

Fuente: Carmen Arbex. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Página 35

Gráfico 16

PERSONAL ACTITUDES VITALES	FACTORES DE RIESGO
	<ul style="list-style-type: none"> – Presentismo: falta de confianza en el futuro, escepticismo y dependientes de la situación inmediata. – Fuerte susceptibilidad al aburrimiento: hedonismo. – Escape ante la realidad y actitud de evasión. – Tendencia a elegir respuestas de riesgo como reto a la autoridad y autoafirmación. – Dificultad en valorar el esfuerzo. – Actitudes no normativas y antisociales.

Fuente: Carmen Arbex. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Página 35.

Gráfico 17

PERSONAL RECURSOS PERSONALES	FACTORES DE RIESGO
	<ul style="list-style-type: none"> – Niveles bajos de autoestima (tanto en la percepción de sí mismos, como en la significación que creen que su conducta tiene para los demás: comportamiento inseguro). – Falta de autonomía en la acción. – Dificultad para asumir responsabilidades. – Ausencia de normas y límites. – Escasez de adultos interesados en apoyar al menor. – Incapacidad de autocontrol emocional (impulsividad) y control en su conducta. – Actitud evasiva ante los problemas/conflictos. – Alguna patología psíquica diagnosticable.

Fuente: Carmen Arbex. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Página 36.

Gráfico 18

		FACTORES DE RIESGO
PERSONAL	OCIO Y TIEMPO LIBRE	<ul style="list-style-type: none"> - No estructurado. - Implantación del modelo consumista de ocupación del ocio ("salir de marcha"/diversión y consumo de drogas). - Pautas culturales del fin de semana diversión asociada a "descontrol y coloque". - Escasez de aficiones y alternativas de ocio. - Ausencia de ocio familiar compartido.

Fuente: Carmen Arbex. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Página 36.

Gráfico 19

	FACTORES DE RIESGO
FAMILIARES RELACIONES CON LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de afectividad y comunicación. - Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante las drogas. - Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento emocional de sus miembros. - Inhibición y delegación como modelos de referencia. - Pérdida de roles y las figuras de autoridad: ausencia de límites y normas claras. - Incoherencia en la supervisión: excesiva exigencia en determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros. - Exceso de protección - Falta de reconocimiento y aceptación del hijo. - Ausencia de participación y disfrute en el ocio familiar.

Fuente: Carmen Arbex. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Página 37.

Gráfico 20

	FACTORES DE RIESGO
ESCOLARES RELACIONES CON LA ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de adaptación. - Sensación de inutilidad y desmotivación. - Absentismo escolar y pasividad. - Poco rendimiento académico unido a autoconcepto bajo. - Ausencia de hábitos de trabajo y de recursos culturales. - Ausencia de modelos de referencia en los profesores/tutores. - Poca integración en el grupo de compañeros . - Desinterés hacia lo escolar entre sus iguales. - Problemas de integración de normas. - Experiencia de incompetencia y fracaso escolar y abandono temprano de los estudios. - Falta de preparación y de oportunidades; intereses y niveles de aspiración bajos.

Fuente: Carmen Arbex. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Página 37.

Gráfico 21

	FACTORES DE RIESGO
RELACIONAL RELACIONES CON EL GRUPO DE IGUALES	<ul style="list-style-type: none"> - Excesiva dependencia del grupo. - Inclusión en grupos favorables a la transgresión y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas. - Oportunidades para incurrir en conductas problemáticas. - Exposición a modelos que manifiestan conductas de riesgo (amigos consumidores). - Ineptitud para establecer relaciones personales. - Dificultad para identificarse con otros grupos no relacionados con el consumo. - Escaso desarrollo de habilidades sociales.

Fuente: Carmen Arbex. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Página 38.

Gráfico 22

COMUNIDAD ENTORNO DEL BARRIO/MUNICIPIO	FACTORES DE RIESGO
	— Situación socioeconómica precaria.
	— Problemas de integración e inclusión social (colectivos inmigrantes y minorías étnicas)
	— Desestructuración social.
	— Poca cohesión social.
	— Ausencia de apoyo social: escasos recursos comunitarios.
	— Degradación de la zona (barrios conflictivos del entramado urbano).
	— Accesibilidad a las sustancias.

Fuente: Carmen Arbex. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Página 38.

De esta forma se da por concluido el Capítulo I, con la convicción de que la exposición precedente no dejó vacíos, y si así fuese, existe la confianza de develar esas dudas en los siguientes capítulos.



CAPÍTULO II: INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON ADICTOS

2.1 ¿Qué es estrategia de intervención?

Con la finalidad de responder a la pregunta que inicia el presente capítulo, es imprescindible acudir a definiciones de expertos en el tema que proporcionen información académica y fidedigna. De esta forma y como es necesario, acudimos al planteamiento en el diccionario de Ezequiel Ander Egg, quien entiende como estrategia al: “conjunto ordenado de políticas y planes de acción de una organización que parten del presente y ven en perspectiva lo que deberá ser en el mañana concreto.” (Ander egg 28).

La anterior definición manifiesta su practicidad y proyección, elementos claves en la intervención con adictos desde el Trabajo Social, porque, toda intervención con personas drogodependientes se la realiza en un tiempo y espacio determinado, cuyo objetivo principal será el de lograr que la persona que por culpa de su adicción ha tomado malas decisiones llegando a caer en desgracia se rehabilite en la medida de los posible, por lo tanto, la definición propuesta por Ezequiel Ander Egg demuestra que la estrategia en sí misma, siempre estará sometida a cambios o mejoras según la circunstancia lo necesite.

Continuado con la necesidad de situarnos dentro de la profesión de Trabajo Social, es necesario también acudir a la definición propuesta por los autores Tomás Fernández y Laura de León, autores que contemplan dentro del término intervención dos significados, encadenados pero no equivalentes, así expresan:

... “intervención general”, que entenderá la intervención como el trabajo desarrollado por el Trabajador Social desde el primer contacto con el usuario; “fase de intervención”, donde la intervención será una operación más dentro de la estructura básica del procedimiento en Trabajo Social... El pilar fundamental de la intervención lo conforma la relación interpersonal establecida entre el usuario y el trabajador social. En ella el profesional deberá desplegar cualidades como la creatividad, la improvisación, la racionalidad, la espontaneidad, flexibilidad, rigor metodológico, recursividad, tecnicismo y paciencia. (Fernández y de León Romero 1).

Continuando con la necesidad de entender aquellos términos que serán claves a lo largo del presente estudio, acudimos a las autoras Susana Alvarado y Jéssica Granados,



quienes se refieren a la intervención profesional como aquella intervención que “...se fundamenta en el trato constante en diversas situaciones con otras personas que presentan por lo general situaciones problemáticas o difíciles.” (Alvarado y Granados 30).

Para finalizar la parte respecto a la definición de los términos claves de los profesionales en el tema, cabe citar a Carmen Barranco Expósito, quien entiende a la intervención en el Trabajo Social como:

... la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades.... De ahí que la intervención en Trabajo Social esté centrada tanto en la persona como en el medio social, partiendo de un enfoque global y plural. Intervención profesional que se inscribe en un contexto social, histórico, político, económico y cultural de la realidad social. (Barranco 79 – 80).

Basados en la información recopilada con anterioridad acerca de los términos “estrategia”, “intervención” e “intervención profesional”, podemos entender que una estrategia de intervención es el planteamiento de un objetivo general, cuyas acciones a realizar busquen cumplir ese objetivo, mismo que demanda un trabajo sostenido en el tiempo, acompañado de políticas de la organización que emplee determinadas estrategias, llegando a proveer soluciones a la problemática que demandó la intervención.

En las próximas secciones observaremos cómo las estrategias de intervención con los drogodependientes se ubican en determinado horizonte temporal, propio de la fase por la que atraviesa el sujeto adicto.

2.2 Estrategias de intervención de Trabajo Social

Prosiguiendo con la definición de los términos que guiarán la presente investigación, es ineludible dejar por sentado qué significa Trabajo Social. Trabajo Social en palabras del profesor de la Universidad Complutense de Madrid, Manuel Moix Martínez es:

... la actividad de ayuda técnica y organizada, ejercida sobre las personas, los grupos y las comunidades, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social, y su mayor bienestar, mediante la activación de los recursos internos y externos, principalmente los ofrecidos por los Servicios Sociales y por las instituciones y los sistemas del Bienestar Social. (Moix 131 – 132).



El mismo autor también define lo que considera que significa los servicios sociales, pero antes de pasar a la definición es necesario explicar la importancia de los servicios sociales. Los servicios sociales, en el ámbito del Trabajo Social con las personas drogodependientes asume una función importante pues, la prestación de sus servicios en aras de lograr el objetivo de la rehabilitación del sujeto drogodependiente, es de vital importancia, ya que sin ellos, el objetivo corre el riesgo de no lograr concretarse. Por lo tanto, el autor señala que los servicios sociales son: “...servicios técnicos, prestados al público o a determinados sectores del mismo, de una manera regular y continua, por las más diversas organizaciones públicas o privadas, con el fin de lograr o aumentar el Bienestar Social” (Ibíd137 – 138).

En la historia el Trabajo Social se ha aplicado, estudiado y propuesto diversos tipos de modelos, teniendo como particularidad que cada modelo provee métodos y técnicas que complementan su estrategia de intervención. En el estudio de los modelos de Trabajo Social, acudiremos a literatura que provea una mirada general sobre aquellos, proporcionando una visión global de estos para, en los posteriores acápite, ir concretando qué modelo, técnica, método y estrategia se aplicará (aplicarán) a los sujetos drogodependientes que se encuentran en una situación que demanden de intervención profesional, entendiendo que respecto al consumo de drogas existen 3 fases diferenciadas.

Al respecto de los modelos en Trabajo Social, o la definición de este término, el diccionario de la Real Academia Española nos dice lo siguiente: “Procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla.” (DRAE).

Continuando con el término modelo, dos autoras han escrito un libro muy específico sobre los modelos, en el cual entienden por modelo: “...la integración en una unidad de los aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos de una forma determinada de práctica profesional” (Molina y Romero 59). Las mencionadas autoras también han propuesto 3 tipos de modelos que encabezan su libro e investigación: el modelo asistencial; el modelo socioeducativo – promocional y el modelo terapéutico.

Pero los modelos propuestos por las autoras antes mencionadas no excluye otros modelos estudiados por María José Aguilar Idáñez, quien en su obra “*Trabajo social. Concepto y metodología*” expone los siguientes modelos:



Modelos teórico-operativos de intervención individual-familiar:

- Modelo de solución de problemas
- Modelos psico-social
- Modelo funcional
- Modelo centrado en la tarea
- Modelo ecológico-existencial
- Modelo socio-comportamental.

Modelos teórico-operativos de intervención comunitaria:

- Modelo de desarrollo de la comunidad (en versión exógena)
- Modelo de desarrollo de la comunidad (en versión endógena)
- Modelo de planificación social
- Modelo de redes de solidaridad social, o ecológico-sistémico
- Modelo de acción social

Fuente: (Aguilar Idáñez 128-142).

Como parte final de este apartado, nos remitimos nuevamente al profesor de la Universidad Complutense de Madrid, Francisco Gómez, quien expone dos modelos más que nos servirán de marco de referencia: el modelo sistémico y el modelo de redes sociales, siendo el primero "...útil para acercarnos a lo que implica la pertenencia a un sistema familiar u organizacional." (Gómez 190); y el segundo nos permite:

... trazar un puente entre los niveles sociológicos macro y micro... ayuda a comprender un poco más los sistemas sociales, porque en ellos las relaciones interpersonales suelen exceder las fronteras de los grupos y en ese sentido nos proporcionan una nueva perspectiva. (Ibíd 192).

A modo de conclusión citamos las acertadas palabras de Nelia Tello Peón, quien expresa, acerca de la intervención en Trabajo Social, lo siguiente:

La intervención en Trabajo Social, sin duda, se complementa con las intervenciones de otros profesionistas; no sólo los trabajadores sociales intervenimos profesionalmente, pero sólo nosotros lo hacemos desde el Trabajo Social... hablar de la intervención de Trabajo Social como un proceso, en el que el hacer es esencia, momento que se construye en articulación con los momentos de antes y de después y que en conjunto constituyen el "circulo de intervención integral de Trabajo Social" (cintras). (Tello 62).

A lo que añade:

Construir una estrategia de intervención requiere de coherencia teórica-metodológica que será puesta a prueba en el momento de la intervención. Para construir la estrategia hay que elegir entre procesos, métodos y técnicas, hay que conformar un todo articulado, es muy importante que la elección se construya con base al o los cambios buscados y no en función

de los medios... Es posible jugar con diferentes posibilidades, imaginar diferentes escenarios, construir opciones, unas ofrecen procesos de ruptura, de cambio, modificaciones superficiales, otros cambios más profundos, más amplios. Aquí está la posibilidad del trabajador social para en interacción con el sujeto plantear el tipo de cambio posible, pertinente, factible... En la construcción de estrategias de intervención es muy importante tomar en cuenta las debilidades que el entorno, quizás intente, imponer a Trabajo Social como la orientación del cambio, la visión institucional, la exigencia inmediata, los recursos limitados. De ahí, la importancia de la creatividad profesional para construir estrategias capaces de recuperar e integrar recursos metodológicos en una unidad conceptual de cambio sólida. Aquí lo más valioso es que como trabajadores sociales tenemos a nuestro alcance una variedad de métodos y técnicas muy amplia, y con ello potenciamos la fortaleza de las intervenciones que diseñamos. (Ibíd 68-69).

Por lo tanto, consecuentemente con las palabras de la autora Tello, podemos comprender que las estrategias de intervención se plantearán en base a la necesidad de cumplir el objetivo principal: la rehabilitación del sujeto drogodependiente; en segundo lugar, estas estrategias estarán sujetas a modificaciones que se adapten según el trayecto que tome la intervención con la finalidad de cumplir el objetivo principal; en tercer lugar, las estrategias incluirán una variedad de planteamientos que abarquen métodos y técnicas variadas, con miras a desarrollar el camino más adecuado que permita una intervención profesional con el individuo o grupo a intervenir, intervención que tenderá a ser coherente tanto técnica como metodológicamente.

De esta forma llegamos a la parte final del presente acápite, pero teniendo en cuenta que en los siguientes apartados se expondrá el meollo de la investigación: El trabajo Social con sujetos (drogodependientes).

2.3 Estrategias utilizadas para la intervención de Trabajo Social con adictos

Cabe especificar que las estrategias que aquí se plantearán serán, tan sólo, un insumo que se encuentre disponible para los profesionales que así lo requieran, insumo producto de la investigación bibliográfica constante para estructurar la presente investigación; de igual forma es necesario aclarar que las estrategias que se emplearán desde el Trabajo Social con adictos estarán sujetas a variaciones si así la situación la demanda, es decir, aquí no se encontrarán estipulados los pasos a emplear, sino que, como la profesión misma, cada situación demandará un nuevo proceder, pero al menos



los planteamientos que aquí se encuentren serán una ayuda importante. Sin más preámbulos, continuemos.

2.3.1 Acción preventiva

En la acción preventiva será necesario tener en cuenta los factores de riesgo de los sujetos cuyas inclinaciones estarán bajo la perspectiva de un probable consumo de sustancias. En las acciones preventivas siempre será primordial identificar cuáles pueden ser los individuos que, a partir de las circunstancias que estén atravesando en su entorno, encontraran con mayor facilidad, un motivo, razón, excusa o hasta medios para consumir este tipo de sustancias.

Cuando se piensa en efectuar programas o acciones de prevención, uno de los puntos claves es conocer y comprender los aspectos (entendidos también como factores de riesgo) que se convierten en vehículos del consumo de estupefacientes, estos son:

(factores de riesgo) tanto individuales como del ambiente, que están implicados en el uso y abuso de sustancias; que estos factores interactúan entre sí; que el efecto de los mismos depende del momento evolutivo en el que se encuentre el individuo; que la exposición a un mayor número de factores de riesgo puede incrementar la probabilidad de uso de sustancias de forma exponencial, lo que supone tener que incluir en estos programas a aquellos jóvenes que están expuestos a la acción conjunta de estos factores. (García Moreno 134).

No se debe perder de vista el enorme problema que se ha instituido en nuestro país respecto al consumo de drogas, debido a los índices alarmantes del consumo de este tipo de sustancias en los jóvenes ecuatorianos. Este problema se ha trasladado a nivel institucional-académico, debido a que los expendedores de drogas se encuentran en las mismas instituciones educativas, siendo en varios casos, los propios adolescentes quienes expenden estas sustancias, teniendo detrás de ellos cierto tipo de agrupaciones delictivas.

Para continuar con el hilo de la investigación y en especial en este apartado dedicado a la prevención, será necesario saber que entenderemos por prevención:

... un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas. (Plan Municipal sobre Drogas 2002.p. 1). (Chinea 21).

En la lucha contra las drogas, la prevención es una medida muy importante, por eso el gobierno ecuatoriano ha emprendido una serie de procesos para poder resguardar a los adolescentes y ciudadanía en general:

Como Policía desarrollamos permanentemente campañas de prevención contra el consumo de droga, llegamos a establecimientos educativos, barrios e incluso, en coordinación con la Intendencia, a los bares y locales de diversión, a cuyos administradores se les recuerda lo que estipula la ley en lo referente a los horarios de venta de licor. Coronel Marcelo Tobar, jefe de la subzona Azuay.¹⁰

En esta misma área de prevención, cabe distinguir dos campos de actuación (como lo menciona Nadia Chinae):

- la reducción de la oferta de drogas que son “aquellas medidas legislativas, judiciales y policiales tendentes a disminuir la disponibilidad de sustancias”
- la reducción de la demanda de droga que son las que “se conocen actualmente como medidas preventivas dirigidas a los individuos y los grupos sociales”. (Chinae 21).

En cuanto a la primera arista, Ecuador ha demostrado un plan articulado entre instituciones gubernamentales para poder hacerle frente al problema de drogas en nuestro país, así, el CONSEP acogió en el año 2013 el informe del MSP acerca de las cantidades permitidas en cuanto a la tenencia y consumo de drogas en el Ecuador:

En ese sentido, fija que cada consumidor, sin incurrir en ningún delito, puede portar la cantidad de alguna de las siguientes drogas:

- 10 gramos de marihuana
- 2 gramos de pasta base de cocaína
- 1 gramo de clorhidrato de cocaína
- 0,1 gramos de heroína
- 0.015 de MDA-N.etil-a meta-3.4-metilendioxifenetilamina
- 0.015 de MDMA-N-a-dimetil-3.4-metilendioxifenetilamina (éxtasis)
- 0.040 de anfetaminas.¹¹

Entendiendo que la Constitución del Ecuador estima que las drogas son un problema de salud pública considerado en su artículo 364:

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de

¹⁰ Para mayor información consultar la página del Ministerio del Interior:

<http://www.ministeriointerior.gob.ec/campanas-de-prevencion-y-controles-para-evitar-consumo-de-licor/>

¹¹ Información extraída del diario nacional “El Telégrafo”. Para consulta sobre la tabla, acudir al siguiente enlace: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/13/ecuador-fija-tabla-para-el-portal-y-consumo-de-drogas>).



alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. (Constitución del Ecuador).

También se ha creado el “REGLAMENTO LEY PREVENCIÓN INTEGRAL FENÓMENO SOCIO ECONÓMICO DROGAS” bajo la administración del expresidente Ec. Rafael Correa Delgado; reglamento que se direcciona en tratar de forma jurídica y especializada el problema de drogas en nuestro país.

En cuanto a la segunda arista, la estrategia de intervención empleada utilizará el modelo socioeducativo-promocional propuesto por las autoras Molina y Romero, quienes especifican que este modelo:

Consiste en una acción educativa de información y de formación a partir de problemas significativos para los actores involucrados. Se da mediante procesos de concienciación, capacitación, movilización de recursos personales, grupales, comunales e institucionales y construcción de redes y alianzas de solidaridad. Los actores reconstruyen su realidad y configuran estrategias de acción orientadas a participar en la toma de decisiones, para contribuir a transformar su realidad y con ello tener acceso a una mejor calidad de vida. (Molina y Romero 60).

Y la técnica a emplear será la observación participante, para acompañar el proceso de prevención de consumo de drogas en el que se involucrarán a los adolescentes, y en el proceso de concientización en el que participará la comunidad en general.

El esquema quedará de la siguiente forma:

Objetivo	Descripción	Modelo	Técnica	Instituciones	Acciones
Prevenir el consumo de drogas en los adolescentes	Cuidado, seguimiento y acompañamiento en la prevención de drogas de los adolescentes en los centros educativos.	Socioeducativo	Observación participante	Policía Nacional, MSP, Ministerio de educación, Autoridades de los colegios	Visitas prolongadas, constantes y sorpresivas a los centros educativos



De esta forma damos por terminado el presente acápite, esperando en los próximos apartados estructura las de la misma forma que en este, las estrategias de intervención en la acción asistencial y rehabilitadora.

2.3.2 Acción asistencial

Anteriormente en este trabajo se trató el tema de la población adicta a la droga en el Ecuador, el tratamiento fue en número porcentuales que develaba cualquier tipo de dudas sobre el consumo de este tipo de sustancias en los jóvenes. Asimismo se dio a conocer las medidas tomadas por el Gobierno del Ecuador respecto a este problema considerado de Salud Pública señalado decir de la Constitución.

No obstante, en el acápite que ahora toca tratar, veremos las medidas asistenciales que los organismos gubernamentales como la SETED (Secretaría Técnica de Drogas) han empezado a efectuar sobre los sujetos drogodependientes, cuya situación de vulnerabilidad exigen una intervención inmediata para evitar que el consumo de sustancias los lleve a situaciones que atenúen su problema.

Al respecto, el MSP ha tomado medidas agresivas en el asunto para ayudar a los sujetos drogodependientes a superar su problema de adicción, abriendo “centros especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y drogas” (CETAD).

Este tipo de centros están (según información del MSP) distribuidos de la siguiente forma:

Número	Tipología	Provincia	Ciudad
3	CETAD	Imbabura	2 en Ibarra y 1 en Cotacachi
1	CETAD	Esmeraldas	Atacames
2	CETAD	Napo	Ambos en Tena
1	CETAD	Cotopaxi	Latacunga
3	CETAD	Pastaza	Los 3 en PUYO

9	CETAD	Manabí	3 Portoviejo; 3 en Chone; 2 en Manta y 1 en Rocafuerte
7	CATAD	Santa Elena	3 en la Libertad; 2 en Santa Elena y 2 en Salinas
11	CETAD	Los Ríos	6 en Quevedo; 3 en Vinces; 1 en Ventanas y 1 en Montalvo
39	CETAD	Guayas	24 en Guayaquil; 5 en Lomas de Sargentillo; 3 en Durán; 2 en Tenguel; 2 en Daule; y 1 en Naranjito, el Triunfo y Naranjal
18	CETAD	Azuay	15 en Cuenca; 2 en Paute y 1 en Girón
5	CETAD	Loja	4 en Loja y 1 en Catamayo
1	CETAD	Zamora Chinchipe	Zamora
2	CETAD	El Oro	1 en Huaquillas y en Machala
7	CETAD	Pichincha	7 en Quito

En estas instituciones se brinda asistencia y rehabilitación a sujetos drogodependientes cuyo internamiento es voluntario: “En los CETAD se desarrolla un programa terapéutico residencial (con internamiento) de hasta seis meses, con un posterior tratamiento ambulatorio intensivo o tratamiento ambulatorio regular, según lo requiera cada persona.”¹²

El ingreso a estos centros debe ser avalado por un juez, con la finalidad de que se eviten conflictos legales sobre los procesos que son llevados al interior de los CETAD.

¹² Información obtenida de la página del Ministerio de Salud Pública: <http://www.salud.gob.ec/hasta-2015-se-abriran-centros-de-tratamiento-de-adicciones-del-msp-en-todo-el-pais/>

El proceso de asistencia dentro de los CETAD consiste en que las personas drogodependientes reciban:

... terapia familiar, médica, psicológica y, en algunos casos, psiquiátrica; además de otras actividades que las realizan en su tiempo libre. Lo particular de este Centro es que permite que las jóvenes cursen su bachillerato en las tardes con el apoyo de funcionarios del Ministerio de Educación.¹³

En cuanto al acápite correspondiente a la acción asistencial se puede concluir alegando que, con el objetivo de que la persona drogodependiente pueda recuperar su estado de salud y el entorno en el que ha vivido, el trabajo conjunto entre las instituciones gubernamentales y la acción ciudadana, es el único camino que permitirá, desde la prevención, la asistencia y la rehabilitación, combatir el consumo de drogas en nuestros adolescentes. Sí, el único fin que tiene este trabajo conjunto es disminuir el porcentaje de consumo de drogas en los adolescentes.

2.3.3 Acción Rehabilitadora

En cuanto refiere a la rehabilitación de las drogodependencias o personas que son drogodependientes, es necesario afirmar que el trabajo con este grupo de personas exige la aplicación de una serie de métodos, técnicas, estrategias y humanidad de los profesionales de Trabajo Social, exhibiendo que el trabajo con este grupo vulnerable pone a prueba la profesión como tal del trabajador social, así: “Las drogodependencias son consideradas como objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del trabajo social, ya que en la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia en el cambio social...”¹⁴

En virtud de aquello, los trabajadores sociales tienen que trabajar (valga la redundancia) desde la personalidad del drogodependiente, su carácter, su temperamento, su fuerza de voluntad, el posicionamiento del drogodependiente frente al problema que está atravesando y las circunstancias que lo rodean; pero no sólo se quedan en este ámbito, porque la charla analítica solamente resulta insuficiente:

¹³ Para mayor información acudir al siguiente enlace: <http://www.elciudadano.gob.ec/centro-de-tratamiento-de-adicciones-en-quito-permite-rehabilitacion-de-jovenes-mujeres/>

¹⁴ La presente información fue extraída de la siguiente página web: <https://sites.google.com/site/nosotrosdecimosnoalasdrogasytu/actuacion-del-trabajador-social-con-drogadictos>. Recuperado el 5/04/2017.



... si bien es cierto la escucha analítica tiene mucho que aportar a la comprensión de los problemas adictivos no es suficiente para remediarlos, para ello se requieren aproximaciones multifocales, en que más que una intersubjetividad diádica: la del paciente y la del analista, se hace necesario un equipo interdisciplinario que interactúe con el paciente, su grupo familiar y el grupo de pares a nivel institucional. (Ríos 95).

A tenor de la cita anterior se puede concluir que, con la finalidad de lograr la rehabilitación de la persona drogodependiente, el trabajo conjunto (organizado, estructurado e integral) entre las instituciones gubernamentales encargadas del abordaje de esta problemática y el entorno de la persona drogodependiente es el camino a seguir:

De esta manera el trabajo rehabilitador que se realiza de manera convergente, simultáneamente, tanto en la dimensión familiar, como grupal e individual, resultan mucho más enriquecedor y completo, donde lo normativo, entendido como una reeducación emocional y conductual, sea una etapa necesaria, pero aspirando a promover la toma de conciencia y la elaboración psíquica de los conflictos que precipitaron y sostienen el comportamiento adictivo, esto último resulta esencial en la rehabilitación. (Ibíd).

En este ambiente de trabajo conjunto es donde la persona drogodependiente empieza la verdadera rehabilitación, porque el trabajo en su carácter y personalidad llevado a cabo por el trabajador social que sobre este grupo vulnerable interviniese, es el terreno sobre el cual inicia el trabajo de rehabilitación; mientras que la parte institucional y la estrategia de intervención que se lleve a cabo en la realidad de la persona drogodependiente que realiza el equipo interdisciplinario, permite una labor integral, sistemática y estructural que se sostiene en el tiempo y se efectúa tanto en el ámbito emocional como en el entorno: familia, amigos, grupo de pares, etc.

En el ámbito emocional, la persona drogodependiente debe de tomar conciencia de la enfermedad que padece, de los caminos que se pueden tomar para la rehabilitación, de los elementos que conforman la situación por la que está atravesando, los fracasos vitales a los que ha sido expuesto, y desde ahí plantearse la posibilidad de seguir un proceso de rehabilitación, pero no dejándolo sentir al paciente como que se encuentra luchando únicamente él, sino, hacer hincapié de que su lucha es la lucha de los amigos, de la familia, de los conocidos; de que su logro es el logro del conjunto de personas que pertenecen a su entorno. Desde el momento en que la persona drogodependiente toma conciencia de que su lucha es la lucha de todos, la rehabilitación se torna un proyecto personal.

En el ámbito institucional, las acciones del equipo interdisciplinar se ven dirigidas a modificar el conjunto de actividades que promovían el consumo de estas sustancias en la persona drogodependiente, así de esta forma, acompañado del factor emocional, el factor institucional se direcciona en el control de estas actividades y/o conductas desde el entorno, es decir, el grupo de pares, familiares, amigos que participen en la rehabilitación del drogodependiente:

... Esto se consigue, haciendo modificaciones en todas las áreas de la vida de la persona, abandonando el consumo y la dependencia que producen las drogas. A pesar de que el trabajo dentro de este ámbito debe ser coordinado y llevado a cabo por distintos profesionales de distintas áreas (sanidad, psicológica, social, etc.)... (Molina Lorite 22).

Ahora, en cuanto a la rehabilitación como proceso, el Ministerio de Salud Pública expone un flujograma eficiente en cuanto a la intervención con las personas drogodependientes:

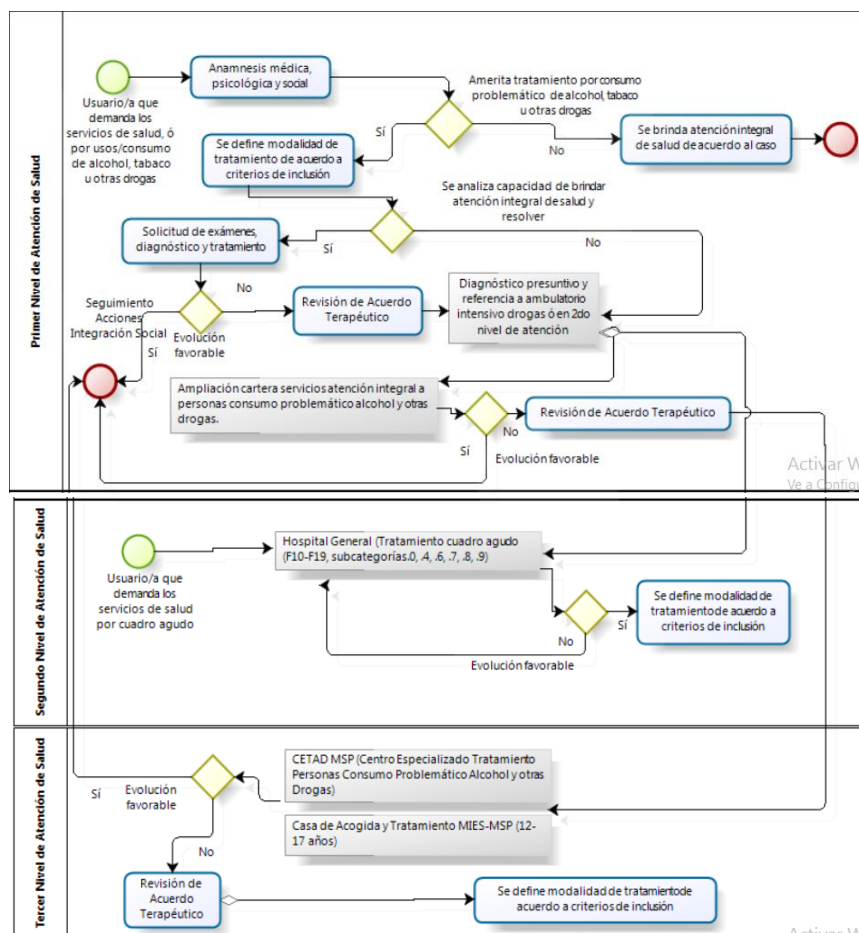


Gráfico 23

Fuente: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. MSP

Descripción Flujograma de Atención

- a)** Usuario/a que demanda atención de salud en general o por uso/consumo de alcohol, tabaco u otras drogas que acude al primer nivel de atención de salud.
- b)** Se realiza la primera consulta: Anamnesis médica, psicológica y social.
- c)** Luego de la anamnesis se evalúa si amerita tratamiento por consumo problemático de alcohol, tabaco u otras drogas.
- d)** Si la respuesta es SI, se define la modalidad de tratamiento de acuerdo a criterios de inclusión, se analiza la capacidad de brindar atención integral y resolver el cuadro. Se solicita exámenes complementarios y se da tratamiento pertinente. Si la evolución es favorable se desarrollan acciones de seguimiento e integración social. Si la evolución NO es favorable se revisa el Acuerdo Terapéutico y se define modalidad de tratamiento.
- e)** Si la respuesta es NO se refiere al servicio ambulatorio intensivo para el consumo problemático de alcohol y otras drogas ó al segundo nivel de atención, con diagnóstico presuntivo.
- f)** Si la evolución SI es favorable en el servicio ambulatorio intensivo para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, se contrarefiere al centro de salud B o C, con servicio de psicología para seguimiento y acciones de integración social. Si la evolución NO es favorable en el servicio ambulatorio intensivo para el consumo problemático de alcohol y otras drogas se revisa el Acuerdo Terapéutico, y se refiere al centro especializado en tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas CETAD, ó a la casa de acogida y tratamiento (MIES-MSP) en caso de ser menor de edad (Formulario 053).
- g)** Si la evolución SI es favorable en el Hospital se define la modalidad de tratamiento. Si la evolución NO es favorable en Hospital se mantiene en el hospital ya que se trata de un ámbito médico clínico.
- h)** Si la evolución es favorable en el CETAD, se contrarefiere al centro de salud B o C, con servicio de Psicología para seguimiento y acciones de integración social. Si la evolución NO es favorable en el CETAD, se evalúa el acuerdo terapéutico y se define modalidad de tratamiento. Si presenta comorbilidad psiquiátrica se contrarefiere al hospital general para estabilizar el cuadro agudo para luego volver al CETAD.
- i)** Si la evolución SI es favorable en la casa de Acogida y Tratamiento (MIES-MSP), se enfatizan las acciones de inclusión, para posterior contrareferencia al centro de salud B o C, con servicio de Psicología para seguimiento y acciones de integración social. Si la evolución NO es favorable en este establecimiento, se evalúa el acuerdo terapéutico y se define modalidad de tratamiento.
- j)** Las personas autoreferidas al tercer nivel de atención en la materia, serán contenidas por el profesional de salud de turno, y de no tratarse de una urgencia/emergencia, se gestionará el ingreso al sistema nacional de salud por el primer nivel, garantizando la continuidad de la atención. Los criterios de inclusión en lo relacionado con tiempo, frecuencia, cantidad y tipo de sustancia se definen en función de una evaluación integral del usuario/paciente por parte del equipo inter-disciplinario.¹⁵

Las personas con problemas de drogas, cuando inician su rehabilitación, suelen presentar una crisis existencial que se basa en la toma de conciencia sobre el tiempo que ha desperdiciado con sus seres queridos: padres, amigos, familiares, compañeros,

¹⁵ La presente información corresponde al enlace web del MSP:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/Criterios%20de%20inclusi%C3%B3n%20drogas%20y%20flujograma.pdf>



etc., y desde ese momento es que su rehabilitación se torna un deseo voluntario de superación para reinsertarse a la vida productiva de la sociedad.

Para finalizar el presente apartado, es imprescindible hacer referencia a que, en el campo de la rehabilitación, la persona drogodependiente lucha una batalla particular, constante y dificultosa contra una enfermedad que inicia en su interior. Con la finalidad de que esta persona logre vencer esa batalla, la participación de su entorno desempeña un rol fundamental, debido a que el proceso de rehabilitación es complejo, largo y exigente, y lo más importante es ver este proceso como un desafío personal y un proyecto familiar.

En el siguiente capítulo examinaremos la función del trabajador social con referencia a este grupo vulnerable y que, día a día se vuelve una amenaza de mayor cuidado.

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS DEL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

En acápites anteriores se ha estudiado el efecto que el consumo de drogas causa en los adolescentes del Ecuador, desde aspectos generales como las enfermedades físicas y mentales, como los daños colaterales: abandono familiar, aislamiento, deterioro de la calidad de vida, etc. En los análisis anteriores se ha mostrado números porcentuales en cuanto al consumo de este tipo de sustancias en el país, al igual que también se ha presentado los trabajos que han realizado y siguen haciéndolo las instituciones gubernamentales que abordan esta problemática, asimismo a nivel jurídico el trabajo emprendido por el Estado para poder combatir este mal que ataca con mayor fuerza a la juventud.

En el presente capítulo entraremos en materia de la profesión respectivamente, porque se abordará el posicionamiento y desempeño del trabajador social frente al consumo de drogas por parte de los adolescentes en el Ecuador. Pero antes de iniciar cabe sentar las bases sobre las que se trabajará al determinar que el abordaje se realizará desde la perspectiva del trabajador social. Sin más preámbulo, iniciamos.

3.1 El consumo de drogas en la adolescencia desde la perspectiva del Trabajo Social

Respecto al consumo de drogas en la adolescencia desde la perspectiva del trabajador social, cabe indicar que “El trabajador social, especializado en el ámbito de drogodependencias y otras conductas adictivas, realiza su actividad profesional enmarcadas en los cuatro ámbitos de intervención: prevención, tratamiento, reinserción y reducción de daños.” (Egidios & otros 4), de igual forma, su posicionamiento no corresponde a una sola área, como así lo hace la psicóloga o el médico, sino más bien su visión es un “... Abordaje de la multidimensionalidad del fenómeno de la drogodependencia, desde un punto de vista más amplio que incluye lo individual, familiar, grupal y comunitario, plasmándolo en el diagnóstico social y en el plan de actuación.” (Ibíd).

De esta forma, se puede determinar que “La principal tarea profesional del trabajador social... va orientada a la atención integral del paciente y al logro del mayor



grado posible de integración familiar y social del mismo. (Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid 51), entendiendo que cuando el actuar del trabajador social inicia, no lo es estrictamente con el paciente, sino más bien, desde el entorno del paciente, su círculo social, su comunidad y zona de confort: amigos, familia, compañeros, pares, etc.

Por lo tanto, el abordaje de la temática de drogadicción desde el Trabajo Social no parte de una realidad particular, sino desde la génesis del problema que encaminó a la persona al consumo de drogas, desde los factores de riesgo sociales, psicológicos, familiares; así como también los factores de protección cuya finalidad es prevenir el consumo de drogas y/o ayudar a la persona que se encuentra en esta situación.

El trabajador social no sólo inicia su labor examinando al sujeto y la adicción que posee para lograr que este siga un tratamiento especializado, institucional e integral sobre su consumo; sino que esa es un área de desempeño, porque su profesión y formación humanista le exige ir más allá, ir al análisis del espacio mismo en la que se desarrolla esta situación: la comunidad.

Es en la comunidad donde el trabajo del trabajador social se agudiza, porque desde esta parte la construcción o destrucción del individuo, tanto psicológica como dignamente. ¿De qué sirve la rehabilitación llevada a cabo en los CETAD, si la comunidad mantienen el trato peyorativo hacia quienes fueron consumidores? Aquí es donde se agudiza la intervención del trabajador social, porque es este el encargado del abordaje de la comunidad, de lograr que el entorno social se vincule al proyecto de rehabilitación de uno de sus hijos.

La discriminación que realiza la comunidad hacia quien ha consumido drogas se mantiene desde varias décadas, incluso siglos, eso sí, cambiando la perspectiva según las circunstancias, porque no es lo mismo el shaman de los pueblos no contactados que consume alucinógenos para alcanzar el trance, que el adolescente que inhala heroína o cemento de contacto para satisfacer su deseo de consumo.

La mirada en ambos casos difiere, porque la construcción social de que el shaman realiza este consumo en aras de alcanzar su estado de trance obedece a las raíces mismas del nacimiento de las drogas, mientras que el adolescente drogodependiente es víctima de una enfermedad en la que cayó, en primera instancia, de forma



voluntaria; a esto se suma que el shaman controla su consumo, en contraste con el adolescente quien no lo controla.

Los estigmas sociales que construyen prototipos sobre los consumidores son los que realmente dificultan el proceso de rehabilitación de los drogodependientes; lo son en virtud de que no ven que una rehabilitación en ellos sea posible, y sus críticas destruyen el proyecto personal de rehabilitación que se ha impuesto (si así fuese el caso) el sujeto drogodependiente.

En base a lo expuesto anteriormente, se puede afirmar, al igual que lo hace Ana Molina Lorite:

... la drogadicción cobra mucha importancia para ésta (Trabajo Social), ya que, éste es esencial para conocer la realidad que rodea a la persona. Trabaja y estudia las bases de la sociedad, por lo que consigue detectar puntos débiles, fortalezas, amenazas que la persona presenta respecto a su desarrollo con la sociedad y la integración en ésta. Ésta disciplina, es clave para intervenir con las personas, teniendo en cuenta todos y cada uno de los aspectos de las personas, las relaciones de estos, capacidad para relacionarse, capacidad de sentirse miembros plenos e integrados en la sociedad y a su vez conseguir una plena integración laboral y social. No solo se trabaja con el individuo, como persona afectada, sino que también se interviene con las familias y con los contextos más próximos para que así se puedan conseguir apoyos, cambios de visión hacia los drogodependientes. Todo esto hace posible, que los cambios y el avance de las personas afectadas sea más positivo y duradero. (Molina Lorite 22 – 23).

El consumo de drogas es, por lo tanto, una consecuencia de las fallas de algunos puntos dentro del sistema en el que vive el individuo, por lo que, si se detectan esas fallas en la acción preventiva, se puede detener a tiempo el consumo de estas sustancias, logrando evitar que la persona se dirija hacia un estilo de vida que en realidad es difícil de poder superar.

Frente a las personas drogodependientes, es de vital importancia que el trabajador social emplee dos técnicas que le permitirán rastrear el origen del consumo de esta sustancia en la persona, estas técnicas son: el diagnóstico social y la historia social. El diagnóstico "... demuestra las características del sujeto, el problema, las necesidades sociales." (Ibíd), lo que le facilitará al trabajador social una primera visión integral sobre la problemática, logrando determinar las raíces del consumo, y el horizonte hacia el cual se dirige el tratamiento; la historia social en cambio "...detalla de una manera más amplia la situación familiar, económica, redes sociales, participación en la



sociedad, trayectoria laboral, preferencias de ocio, situación judicial, medio y entorno en la que la persona se desarrolla, etc.” (Ibíd), elementos claves en el tratamiento de la persona drogodependiente, con miras a tratar desde sus hábitos hasta su conducta, con vistas a la rehabilitación de la persona.

El consumo de drogas en la adolescencia no es un consumo elemental, sino que intervienen factores aledaños que determinan radicalmente el proceso de consumo de la persona, y esto sucede debido a que la persona tiene múltiples ámbitos en los cuales el consumo de drogas puede verse como una ayuda, aunque así no lo sea, un ejemplo de esto es que el consumo de drogas por parte de los adolescentes se la realiza en el grupo de pares, en fiestas, en reuniones con amigos; otros casos de singular importancia son aquellos en los que la drogadicción es vista como una respuesta a la situación familiar y/o social por la que atraviesa la persona: crisis familiares, crisis existenciales, crisis emocionales, etc.

En el consumo de drogas por parte de los adolescentes, estos tienen que ser vistos como seres históricos, con un pasado que debe ser estudiado, analizado, comprendido y asimilado; y un futuro proyectivo hacia el cual deben dirigirse proyectos personales que se construyan con miras al futuro, mediante estrategias de intervención acorde a estos proyectos, entendiendo que “... la satisfacción de necesidades no está vinculada solo a lo material, sino que está ligada también a necesidades simbólicas y culturales.” (Ulbrich 105).

Para finalizar este apartado referido al consumo de drogas en la adolescencia desde perspectiva del Trabajo Social, debemos dejar claro los siguientes puntos:

- En el Ecuador, el índice de consumo de drogas es alarmante.
- Las drogas han penetrado en las instituciones educativas.
 - El consumo se ha vuelto frecuente en los adolescentes
- El adolescente no es una realidad aislada
 - Esa realidad se encuentra en determinado contexto sociocultural, económico, político y religioso.
- El adolescente es un conglomerado de emociones, sentimientos, deseos, anhelos y prácticas que se desarrollan mayormente en su grupo de pares.



- Dentro de las emociones del adolescente se encuentran también factores que determinan su accionar, debido a que las circunstancias en las que vive lo vuelven tendiente al consumo.
 - Para el estudio de los factores de riesgo se debe emplear el diagnóstico social y la historia social, ambos son métodos del Trabajo Social.
- Los factores de prevención se encuentran a cargo de las instituciones gubernamentales que tratan de esta problemática.
 - El trabajo aunado de las instituciones es un fortín para combatir el consumo de esta sustancia en los adolescentes.

Con estos puntos expresados, podemos dar inicio al siguiente acápite, el cual versará sobre las funciones que desempeña el trabajador social frente al consumo de drogas en la adolescencia, sus funciones, los roles que desempeña, las acciones que realiza, el trabajo interdisciplinar e institucional. Es un acápite llamativo, por lo que su inicio no puede retrasarse más.

3.2 La intervención del trabajador social frente al consumo de drogas en la adolescencia

Acerca de la intervención del trabajador social con adolescentes que consumen drogas, esta debe partir de la comprensión de que (citando a Izquierdo en la investigación de Armijos) “... toda institución, sea cual sea su ámbito de intervención, se encuentra atravesada por múltiples determinaciones sociales” (Armijos 61 – 62), por lo que el abordaje del consumo de drogas desde el Trabajo social, y específicamente, las funciones que este cumple, se encuentran también condicionadas por determinaciones sociales: existe o no en el país una institucionalidad consolidada; el trámite burocrático es excesivo o no; el tiempo en que demora la respuesta al problema de drogas que se presenta: es rápida o no, por parte de los órganos estatales. Asimismo, el abordaje con los adolescentes que consumen drogas desde el Trabajo Social exige un trabajo coordinado entre instituciones y un equipo inter y multidisciplinar, con profesionales de distintos ámbitos que trabajen de forma íntegra y conjunta con miras a la rehabilitación del drogodependiente.

En cuanto refiere al equipo de trabajo, una vez iniciado el proceso de recuperación, el trabajador social, con la finalidad de brindar un apoyo más adecuado, correcto y personalizado, deberá tomar en el proceso a todo el entorno de la persona sobre la que se realiza el proceso de intervención: amigos, familia, pareja, grupo de pares, etc.:

En función de esta práctica es posible plantear una política donde prevalezca la promoción y prevención, en donde se busque sensibilizar e informar acerca de los efectos del consumo de drogas, fortalecer recursos personales y sociales para enfrentar eficazmente el problema de las drogas; promover estilos de vida saludables y fortalecer las habilidades para enfrentar la presión social al consumidor. (Ibíd).

En el proceso de rehabilitación, el camino a seguir es aquel en el cual la persona sea el protagonista de su recuperación, a lo que el trabajador social se verá en la función de determinar la respuesta acorde basándose "... (en) la particularidad de cada caso y en función de lo mismo poder planificar la respuesta más acorde a la situación y al contexto." (Ibíd).

Continuando con la importancia del equipo de trabajo, se debe hacer hincapié que, desde la teoría se analiza de que los distintos profesionales del equipo abordarán los ámbitos correspondientes a sus respectivas áreas, no obstante, es el trabajador social quien se encarga de configurar los distintos aportes para que se puede concretar cómo es el proceso de recuperación, los avances que se han obtenido y la capacidad de apoyo que la persona drogodependiente encuentre en el entorno.

Según el título del presente acápite: "La intervención del trabajador social frente al consumo de drogas en la adolescencia", es necesario enfatizar que, en virtud de obtener respuestas desde el trabajo con personas drogodependientes y no meras elucubraciones, y a razón de que en el esquema teórico se planteó como herramienta el empleo de entrevistas a trabajadores sociales, se procederá a proporcionar los resultados obtenidos de las mismas, pero no sin antes mencionar que la entrevista que se realizó es semiestructurada, y se la aplicó bajo el enfoque de la investigación cualitativa, porque esta metodología permite proteger la identidad de los trabajadores entrevistados, lo que no implica necesariamente que los profesionales lo hayan decidido así, sino más bien sirve para esclarecer el método de la entrevista y destacar la actitud de los entrevistados.



Respecto a las entrevistas realizadas, la función que pretenden desempeñar es esclarecer el rol que desempeñan los profesionales de Trabajo Social frente al consumo de drogas, para poder finalmente entender cuál es el trabajo que ejercen al interior de la institución en la que laboran, y cuál es su cometido directamente con los adolescentes. Sin más preámbulos continuaremos con el resultado de las entrevistas.

En las entrevistas efectuadas se pudo obtener como resultado distintas acciones, perspectivas y posiciones respecto a la intervención del trabajador social frente al consumo de drogas en la adolescencia. Tal fue el caso que, respecto a las funciones que los trabajadores sociales desempeñan, las respuestas variaron:

El entrevistado **A** respondió:

- Elaboración de la ficha socio económica, este espacio es aprovechado para consejería, dado que el usuario así me lo solicita, sin que de esto tenga conocimiento el dueño de la Institución, ya que no lo permitiría.

El entrevistado **B** respondió:

- El trabajo que realiza el profesional de Trabajo Social se circunscribe a la necesidad de entender dónde se originó el problema del consumo de drogas, para desde ahí, partir en la elaboración de una estrategia de intervención. El trabajador social mantiene un contacto directo con la persona drogodependiente y su familia, con la finalidad de lograr restaurar ciertos valores que pueden resultar necesarios en el proceso: confianza, honestidad, etc. De igual manera, en el trabajo con los jóvenes drogodependientes se debe practicar habilidades sociales como la resiliencia, tolerancia, empatía, porque el trabajador social sólo trabaja con la palabra y no con fármacos.

El trabajador social en el CRA también es utilizado para otras gestiones pero en el campo de salud: visitas esporádicas a barrios o colegios.

Otra de las funciones que el trabajador social desempeña es el trabajo de mediador entre el paciente y la familia. El trabajador social ayuda a que la permanencia del paciente no se torne desagradable y, mediante el trato y el

trabajo con el paciente, se inicia en el trato psicológico para que el paciente tome a la rehabilitación como un reto personal.

El trabajador social es el encargado de dar el visto bueno de qué tipo de cosas o información se le puede dar al paciente, debido a que el paciente se encuentra en tratamiento, la familia suele concederle todo lo que el paciente pida, y en la rehabilitación eso es perjudicial.

La intervención del trabajador social con los jóvenes drogodependientes parte de la necesidad de entender en dónde se originó el consumo; restaurar los valores claves que permitirán una rehabilitación óptima, y, finalmente, el trabajo con la comunidad para que el paciente no se encuentre con una discriminación que le pueda llevar nuevamente al consumo de drogas, aunque esto último no se lo realiza de la forma en que debería hacerse, y es así debido a la falta de recursos.

Sobre las estrategias empleadas con los adolescentes, todos los entrevistados concordaron que, la principal estrategia consiste en crear empatía con el usuario (entrevistado **A-C**), con el paciente (entrevistado **B**).

Respecto a las herramientas que propias del Trabajo Social que se emplea en cada una de las etapas, los entrevistados difirieron:

- Entrevistado **A.-** La metodología participativa es empleada en todas las fases de intervención: preventiva, asistencial y la rehabilitadora. Mientras que las técnicas empleadas son: entrevista y el informe socioeconómico.
- Entrevistado **B.-** La metodología empleada es la participativa. Las técnicas son: informes sociales, listados de capacidades y problemas, entrevista para la recolección de datos.
- Entrevistado **C.-** No manifestó qué tipo de metodología emplea, pero sí mencionó que las técnicas son: guía de entrevistas, cuaderno de notas.

Respecto al tiempo y proceso de intervención, los entrevistados también expresaron diferencias.

- Entrevistado **A.-** el proceso de intervención dura 40 minutos, y se la realiza dos veces por semana mediante una charla en el que se crea un espacio

ameno que permita crear una confianza en el usuario par que este tome conciencia del daño que le ha significado el consumo de drogas.

- Entrevistado **B.-** el proceso de intervención es continuo, debido a que el paciente ingresa al Centro de Rehabilitación para Adictos durante 90 días, en el cual se realizan una serie de actividades orientadas al bienestar integral de la persona drogodependiente. En general, el proceso de intervención con jóvenes se torna complejo por factores que intervienen a favor o en contra del proceso de rehabilitación, entre estos factores, el de mayor relieve es la edad de las personas, la razón es que promueve la inmadurez o infantilidad.
- Entrevistado **C.-** el proceso de intervención parte de una entrevista con el usuario, se la realiza un seguimiento semanal y dura 4 meses.

Sobre la conformación de un equipo inter y multidisciplinario, todos los entrevistados expresaron que sí existe un equipo en las instituciones donde laboran y que también forman parte de ese equipo.

Acerca de si el trabajador social interviene en otras áreas como articulador de las profesiones que trabajan con la persona que drogodependiente, los entrevistados **A** y **C** confirmaron que en el caso del primero, este no interviene; en el segundo, no trabaja usualmente con adolescentes drogodependientes. El entrevistado **B** en cambio expresó: “El trabajador social participa del “paso de visita” para informar el desarrollo conductual del paciente, es decir: la conducta, el incumplimiento de las normas de convivencia, o las actividades que le son destinadas a los pacientes y estos las incumplen. El trabajador social se encarga de promover la confrontación, pero entendida como el llegar a acuerdos tanto en el equipo inter y multidisciplinar, como con los pacientes, para conseguir el bienestar integral.”.

Respecto al trabajo con el adolescente y la familia, las respuestas se diferenciaron:

- El entrevistado **A** expresó que sólo trabaja con el usuario.
- El entrevistado **B** expresó que trabaja con el paciente y con la familia. El trabajo con la familia consiste en entrevistas iniciales; recopilación de información del ambiente de la persona drogodependiente; sensibilizar en la intervención a la familia sobre el proyecto de rehabilitación; se trabaja



en sesiones entre la familia y el paciente, debido a que ambas partes mantienen perspectivas diferentes del problema en cuestión, y, en la sesión se da una retroalimentación.

- El entrevistado **C** manifestó que no es usual que se trabaje en su institución con adolescentes.

Finalmente, sobre las acciones específicas que los trabajadores sociales realizan con las personas drogodependientes los profesionales expresaron:

- Entrevistado **A.-** El trabajador Social, sería el encargado de recibir al paciente y proceder al llenado de los distintos formularios de ingreso, categorización socio económica, participar en las reuniones del equipo técnico para evaluar el proceso del usuario, acompañamiento en la elaboración y seguimiento del proyecto de vida, velar para que el código de ética, reglamento interno, ruta de atención se cumpla, coordinación interinstitucional, reinserción familiar, comunitaria, laboral educativa, entrevistas familiares.
- Entrevistado **B.-** Las acciones específicas del trabajador social consisten en la intervención con los jóvenes bajo el modelo psicoeducativo. Al igual también, los trabajadores sociales realizan entrevistas a los pacientes y la familia de ellos; el paso de visitas; la confrontación tanto entre la familia y el paciente como en el equipo inter y multidisciplinar; recolección de información; sesiones con las personas drogodependientes; coordinación interinstitucional, seguimiento a los drogodependientes (aunque estos se los determina desde el CRA y se lo hace durante dos años. No lo hace el trabajador social, aunque cae bajo el desempeño de este), el seguimiento consiste en realizar, apenas, una llamada a la familia; reforzamiento en el carácter de la persona; brindar charlas a la comunidad.
- Entrevistado **C.-** Manifestó que no es común el trabajo con adolescentes.

En las entrevistas efectuadas se pudo obtener como resultado distintas acciones, perspectivas y posiciones respecto a la intervención del trabajador social frente al consumo de drogas en la adolescencia, variaciones significativas que demuestran que la intervención del trabajador social con los adolescentes drogodependientes no es una



y la misma, sino que varía según determinaciones sociales e institucionales. De tal manera que el terreno sobre el cual se debe trabajar con los adolescentes drogodependientes es difícil, complejo y socioeconómicamente variante.

Si nos referimos a la intervención que debe realizar el trabajador social con adolescentes drogodependientes, producto de la presente investigación, podemos concluir los siguientes puntos:

- El trabajo con los adolescentes drogodependientes demandan intervenciones en cada una de las etapas. Así, en la etapa de prevención la intervención del trabajador social debe ser coordinada con otras instituciones gubernamentales tales como: policía nacional, Ministerio de educación, SETED, para asistir a los colegios y mantener un seguimiento a los adolescentes con la finalidad de evitar que caigan en el consumo de este tipo de sustancias. En la etapa de asistencia, la intervención del trabajador empleará la metodología participativa, al igual que la observación participante, con el objetivo de que la persona drogodependiente tome consciencia, de la mano del trabajador social, de la realidad en la que vive, y este ambiente a la vez, proporcione las condiciones materiales óptimas para que la rehabilitación de la persona drogodependiente dé inicio. En la tercera etapa, la correspondiente a la rehabilitación, el trabajador social interviene bajo el modelo psicoeducativo, el modelo centrado en la tarea y el plan de refuerzo positivo, para que el paciente pueda concienciar sobre su estadía en el centro de rehabilitación y que, desde ahí, se plantee la rehabilitación como un proyecto personal, con vistas a mejorar su calidad de vida.
- El trabajador social debe trabajar tanto con el paciente como con su familia, para evitar que el índice de reincidencia sea elevado, debido a que parte de la reincidencia es producto de los poco o nulos esfuerzos de parte de la familia.
- El trabajador social también debe trabajar con la comunidad, para evitar que esta mantenga la discriminación hacia la persona drogodependiente.



- El trabajador social, como parte de un equipo inter y multidisciplinar debe ser el arquitecto que articule las diversas aportaciones de los profesionales, para construir el proyecto en el cual va a ser protagonista el paciente.
- El trabajador social, en la intervención con la persona drogodependiente debe emplear tres modelos: psicoeducativo, el centrado en la tarea y el plan de refuerzo positivo; las herramientas deberán ser: fichas socioeconómicas, seguimientos, visitas domiciliarias, informes sociales.
- Finalmente, cuando se trabaja con personas drogodependientes, se debe tener en consideración que son seres humanos, y que el trato con ellos debe partir desde la empatía con el otro, un sentimiento de humanidad y plantearse a la rehabilitación como proyecto no sólo del paciente, sino que el trabajador social será aquella mano tendida que permitirá abandonar ese estado de adicción.

En la parte final de este acápite, es necesario resaltar que desde la profesión Trabajo Social, toda intervención, con cualquier tipo de grupo, sea prioritario o no, siempre demandará una actitud empática, agradable, sensible y humana, porque sin esas emociones que acompañen a la parte técnica: metodología, modelos, técnicas, herramientas, toda intervención será, o bien superficial, o bien superflua. Sin más palabras, pasaremos al siguiente apartado, donde se analizará cuáles son las estrategias o alternativas desde la perspectiva del Trabajo Social.

3.3 Alternativas y estrategias desde la perspectiva del Trabajo Social

Acerca de las alternativas y las estrategias en el abordaje del consumo de drogas en los adolescentes desde el Trabajo Social, parece imprescindible que para obtener información pertinente acudamos a fuentes gubernamentales. En razón de aquello, el SETED, con un plan de intervención coordinado con otras instituciones y autoridades gubernamentales y municipales, produjo un plan de *Desarrollo Alternativo* basándose en los lineamientos generales sobre la concepción de desarrollo alternativo que propone la ONU:

... un proceso para prevenir y eliminar el cultivo de plantas conteniendo drogas narcóticas y sustancias sicotrópicas a través del diseño específico de medidas de desarrollo rural en

países que luchan contra las drogas, en el contexto de un crecimiento nacional económico sostenido y esfuerzos de un desarrollo sostenible, reconociendo las características socio-culturales particulares de las comunidades y grupos objetivos, dentro del marco de una solución comprensiva y permanente del problema de las drogas ilícitas.¹⁶

Siguiendo estos lineamientos propuestos por la ONU, el SETED elaboró su plan de Desarrollo Alternativo:

En Ecuador, el Desarrollo Alternativo adopta el carácter de preventivo, pues la existencia de cultivos ilícitos todavía es mínima. No obstante, la situación geográfica del país lo ha expuesto a actividades de tránsito de sustancias psicotrópicas hacia otros mercados, incrementando la vulnerabilidad de las comunidades ante el fenómeno socio económico de las drogas. Por lo tanto, resulta fundamental la elaboración de políticas con miras a brindar alternativas de desarrollo económico sostenible dentro de la esfera de la legalidad.¹⁷

Llegando a presentar un plan de desarrollo alternativo estructurado sobre la relación causa-efecto:

Según el índice de vulnerabilidad, desarrollado por la Secretaría Técnica de Drogas (SETED), la problemática principal del Ecuador se presenta en las áreas urbanas del territorio nacional, con actividades de micro-tráfico y consumo.

En base a la literatura revisada, se ha podido determinar el desempleo como una de las causas importantes para incursión en actividades de micro-tráfico y consumo de drogas, lo cual a su vez, derivaría en delitos y adicciones. (Ibíd).

Esta planificación llevó a la SETED a plantear el Desarrollo Alternativo a nivel urbano:

Desarrollo Alternativo Preventivo Urbano

La Estrategia de Intervención Emergente, aprobada por el Comité Interinstitucional de Drogas, busca mejorar la gobernabilidad de los circuitos intervenidos, a través de la reducción de la oferta y demanda de drogas, así como de la vulnerabilidad de los jóvenes, el control del desplazamiento del micro-tráfico y la recuperación sostenible del circuito mediante la prevención integral del fenómeno.

La determinación de los circuitos para la intervención se realiza en base al índice de vulnerabilidad, desarrollado por la Dirección de Prospectiva y Evaluación de Políticas de Drogas de la Secretaría Técnica de Drogas, el cual busca identificar con mayor precisión, los sectores más vulnerables al uso y consumo de sustancias psicoactivas, desde un enfoque de oferta y demanda... En respuesta a la situación actual, se ha identificado la necesidad de diseñar e implementar proyectos de desarrollo urbano sostenible, con miras a fortalecer la Estrategia de Intervención Emergente, brindando a la ciudadanía de los sectores

¹⁶ Secretaría Técnica de Drogas: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?p=859>

¹⁷ Secretaría Técnica de Drogas: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?p=1107>

vulnerables al uso y consumo de drogas, alternativas de esparcimiento, buen uso del tiempo libre, realización de actividades productivas, entre otras.

El Desarrollo Alternativo, tradicionalmente con enfoque rural, adoptó en países como Ecuador, el carácter de preventivo, pues la incidencia de los cultivos aún es menor. De todas formas, se ha buscado crear programas de prevención, poniendo a disposición de las comunidades vulnerables, alternativas de desarrollo económico conforme la problemática descrita anteriormente. (Ibíd).

Con la necesidad planteada de erradicar el uso y consumo de drogas, el trabajo para conseguir este objetivo sugiere un trabajo articulado entre los actores públicos y privados:

La primera fase contempla la participación del Instituto de Economía Popular y Solidaria (IEPS), como organismo encargado de la constitución legal de los proyectos, así como de la capacitación permanente, tanto técnica como administrativa del grupo objetivo. La economía popular y solidaria se presenta como una estructura organizacional alterna a las tradicionales, asegurando la participación equitativa de los excedentes entre todos los socios. De igual forma, se considera importante la participación de la empresa privada como principal aliado para los temas de innovación y comercialización de los productos.

La segunda fase, contempla la articulación con el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, pues se busca involucrar a las personas con consumo problemático de drogas y a las personas en conflicto con la ley (PPL), quienes atraviesen la fase final de su tratamiento o rehabilitación, a la realización de las actividades productivas, mediante la creación de espacios rotativos adquirir experiencia laboral con miras a reinsertarse en la sociedad. (Ibíd).

El proyecto expuesto anteriormente es el planteado por la SETED, con la finalidad de prevenir el consumo de drogas, partiendo de la concepción de que Ecuador es un país no de cultivo, pero sí de tránsito. En ese ámbito, la necesidad de un plan de Desarrollo Alternativo Preventivo Urbano es imprescindible.

Continuando con el desarrollo del presente acápite, el siguiente punto a abordar se concreta en las posibles estrategias que permitirían realizar una intervención en los adolescentes drogodependientes desde el Trabajo Social, considerando, en base a lo expuesto con anterioridad en los otros acápites, que el trabajador social actualmente no se encuentra desempeñando, en la mayoría de instituciones, las funciones que realmente debería desempeñar.

En virtud de esta realidad es que la presente investigación pretende contribuir con el planteamiento de estrategias para el abordaje de esta problemática, no obstante,



siempre quedará al criterio del profesional si quiere o no emplearlo, atendiendo, eso sí, a las exigencias del centro en el que labora.

Con la finalidad de prevenir el uso y consumo de drogas, podemos hacer uso de una clasificación de los programas de prevención: universal, selectivos y los indicados.

Universales: este tipo de programas está dirigido a toda la población o a un grupo amplio de personas... El objetivo de estas intervenciones es evitar o retrasar el consumo de sustancias entre amplios grupos poblacionales, se trata de intervenciones especialmente eficaces para reducir globalmente problemas socio-sanitarios que afectan a la población general.

Selectivos: este tipo de programas está dirigido a un segmento de población concreto que, según datos objetivos se halla sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas

Indicados: este tipo de programas está dirigido a personas que ya están mostrando indicios de consumo de drogas y otros problemas de conductas asociados que no han avanzado el punto para ser diagnosticados de abuso de... el objetivo de este programa no es solo la reducción del consumo de drogas si no también la reducción de los problemas asociados así como el retraso del establecimiento de conductas de abuso de drogas... (Caballero, 2012: 22). (Armijos 59).

Continuando con el planteamiento de estrategias, el empleo de fármacos puede acompañar al proceso de intervención, debido a que, si lo que se pretende es la rehabilitación del paciente, lo óptimo sería un trabajo integral con el paciente, la familia, el entorno, la comunidad, y los fármacos, porque el uso estricto de la palabra también presenta sus limitaciones. De esta forma, en el empleo de fármacos podemos emplear:

... la metadona, la buprenorfina y la naltrexona, que se usan para tratar a personas adictas a las sustancias opioides, mientras que para los adictos al tabaco existen preparados de nicotina (parches, chicles, pastillas y vaporizador nasal) además de los medicamentos vareniclina y bupropión. El disulfiram, el acamprosato y la naltrexona son medicamentos usados para tratar la dependencia al alcohol... Puesto que trabajan en distintos aspectos de la adicción, las combinaciones de terapias de la conducta y medicamentos (cuando los hay) por lo general parecen ser más eficaces que cualquier enfoque usado por sí solo. (Departamento de Salud y Servicios humanos de los EUA 11 – 12).

Como fue citado anteriormente, el trabajo aunado de las terapias de conducta y el empleo de fármacos proporcionan resultados más efectivos. No obstante, también existen intervenciones que se pueden aplicar desde la teoría del aprendizaje social, teoría que se encuentra estructurada de la siguiente forma:

... se basa en tres sistemas explicativos interrelacionados y organizados entre sí: a) la personalidad (factores cognitivos que reflejan el significado y la experiencia social, como son los valores, las expectativas, las creencias, las actitudes y las orientaciones hacia sí mismo y hacia los otros); b) el ambiente (factores que pueden ser conocidos o percibidos teniendo significado para la persona como son los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de los otros); c) la conducta (resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental, se entiende por conducta los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados). (García Moreno 98).

Y la teoría de la conducta del problema que entiende que "... la probabilidad del uso de drogas puede predecirse por la propensión general del individuo hacia la conducta problema" (Ibíd). Ambas perspectivas "... consideran que la conducta de abuso ha sido aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento que está mediado por factores personales como son las cogniciones, las actitudes y las creencias. (Ibíd 97).

Las terapias de conductas y el empleo de fármacos tienden a la escasa contribución si se dejase vacío la herramienta principal: el profesional de Trabajo Social. Esto es así debido a que la "... presencia del trabajador social en todo el proceso terapéutico, contribuye al cambio de hábitos asociados al consumo y permite la interiorización de nuevos estilos de vida compatibles con la abstinencia." (Egidos & otros 5).

Otro tipo de estrategia de intervención es la que emplea el método de trabajo en red y coordinación, debido a que esta estrategia de intervención permite:

... dar una respuesta integral a las necesidades sociosanitarias que presentan simultáneamente las personas que padecen dependencia a las drogas o a otras sustancias adictivas. Este método requiere de estructuras consolidadas que permitan ejecutar las actividades de prevención, tratamiento, reinserción y/o reducción de daños y las doten de continuidad y coordinación. Las/os trabajadores sociales se convierten en el eje vertebrador de este funcionamiento, coordinando las actuaciones a nivel interno y externo, permitiendo contextualizarlas en las diferentes estructuras institucionales y comunitarias¹⁸. (Ibíd 11).

Para finalizar el presente acápite, es imprescindible dejar por sentado que toda la información, producto de la investigación bibliográfica y la aplicación de entrevista, se encuentra orientada a convertirse en insumos que sirvan de ayuda o fortalecimiento

¹⁸ Este tipo de método se encuentra con vistas a realizarse en España, no obstante, y en necesidad de suministrar métodos, estrategias, herramientas o elementos que permitan una intervención adecuada con los adolescentes drogodependientes, es válido el estudio de este método y promoverlo para que se lo emplee en el país. También vale hacer el contraste entre el desempeño de los trabajadores sociales en España y en Ecuador, mientras en el primer país mencionado, el trabajador social realiza realmente tareas acorde a su profesión, en el segundo la profesión se encuentra lastimosamente menospreciada.



en la labor que desempeñan los profesionales de Trabajo Social con adolescentes drogodependientes. En la parte final de la presente investigación, se brindarán las conclusiones propias de toda investigación.



CONCLUSIÓN

En la presente investigación se encontraron resultados alejados de la teoría, sin embargo, el objetivo general se logró cumplir a cabalidad. La historia del consumo de drogas demuestra que en el devenir del desarrollo de la humanidad, los factores sociales, económicos y culturales, estuvieron acompañados del consumo de diferentes sustancias que proporcionaban una especie de trance.

Así, en la historia agrícola del país, o si se quiere, anterior a este período, en el período incaico, el consumo de sustancias psicotrópicas era de uso común por parte de los shamanes para poder alcanzar estados de conciencia que le permitían, a según sus creencias, comunicarse con los dioses.

Con el transcurso del tiempo, las drogas fueron empleadas con vistas hacia lograr un mayor rendimiento físico, para aquellos que debían soportar extenuantes jornadas de trabajo o para soldados en guerra. El siglo anterior, el consumo de marihuana fue la bandera de varios movimientos sociales que buscaban una reestructuración política.

En cuanto refiere a droga, debemos entender a esta por: "... cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse puede alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central, es una DROGA." (Consejería de sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria 2). Las drogas también tienen diferencias y derivaciones, por lo cual su clasificación depende de varias circunstancias.

Sobre el consumo de drogas, existen factores de tipo sociales, económicos, culturales y psicológicos que contribuyen a su consumo y sobre los cuales se debe hacer un análisis concienzudo que extralimita el objetivo de la presente investigación.

En cuanto al Ecuador, las medidas para combatir el uso y consumo de drogas parten de un trabajo coordinado entre actores públicos y privados, instituciones gubernamentales y sociales, entre el gobierno central y los municipales, con la finalidad de luchar contra esta enfermedad cuyo rango de víctimas recurrentes se encuentra en los adolescentes.

Desde el Trabajo Social, el abordaje de esta problemática se la puede realizar desde varios métodos y estrategias para lograr la rehabilitación integral de la persona



drogodependiente. No obstante, los lineamientos generales de las instituciones en las que el trabajador social se desenvuelve limitan el accionar de este, direccionando, en muchas de las ocasiones, hacia acciones nulas o vacías debido al prejuicio que tienen sobre la profesión, entendiéndola como profesión de relleno.

El Trabajo Social no es de relleno, no lo es. Es la profesión articuladora por excelencia, mediadora y reparadora de la realidad sobre la cual interviene, orientado su completo accionar hacia la recuperación integral de las personas a ser intervenidas, buscando siempre trabajar con el usuario y su entorno, porque todo trabajo debe partir desde el ambiente en el que se originó, continuar con el individuo y terminar en la sociedad, devolviéndole a ésta un miembro con las herramientas necesarias para que pueda desarrollar sus capacidades y potencialidades buscando el bien común.

En el trabajo con las personas drogodependientes no se debe perder el horizonte sobre el cual se trabaja: este tipo de personas tienen actitudes, en su mayoría, dañinas o déspotas; sin embargo, a razón de esto, el trabajo con ella se debe plantear desde la psicología, tomando como un reto personal la rehabilitación y logrando que de ésta, sea participe su familia, porque es este el núcleo en el que mayor tiempo se desenvolverá. Por la falta de apoyo y comunicación en la familia es que el índice de reincidencia es elevado.

Se debe también hacer mención a que la profesión de Trabajo Social está enfrentando una crisis. Los profesionales entrevistados expresaron que el colegio de su profesión hace poco o casi nada para representarlos, y debido a esta falta de organización es que los profesionales no sienten un respaldo estructurado por parte de su organización.

En la óptica de los profesionales de otras áreas, el trabajador social forma parte del equipo porque así lo demanda el Ministerio de Salud Pública o los lineamientos de la institución o empresa en la que laboran, más no porque su intervención sea necesaria.

Es precisamente en este punto en el que deben participar de forma más activas los actuales profesionales y los que están por venir, en la reestructuración y revalorización de la profesión, porque debemos entender que, sin el trabajador social, no existiría el punto medio en el cual las familias encuentran consuelo.



El profesional de Trabajo Social es el punto de encuentro en donde yacen juntas los intereses de los profesionales y el deseo de los familiares, ya sea las mujeres que padecen violencia intrafamiliar, las personas drogodependientes, los niños abusados física y sexualmente, las personas privadas de la libertad. Es el trabajador social el que ve en ellos a personas cuyos derechos son vulnerados y necesitan ser reestablecidos.

Se debe entender a la profesión como el lado humano de cada situación, y desde esta concepción se podrá comprender que el trabajador social es el amigo que no abandona sino hasta que la resolución forme parte de la vida. Un llamado de atención al accionar de los actuales profesionales, porque son ellos los que, aplicando la ley del mínimo esfuerzo dan paso a que la profesión sea minusvalorada.

ANEXOS

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A TRABAJADORES SOCIALES QUE HAN TRABAJADO CON ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES

La presente entrevista semiestructurada se aplicará a profesionales de Trabajo Social que trabajan o han trabajado con adolescentes drogodependientes, con la finalidad de conseguir información sobre las estrategias y el proceso de intervención, las herramientas empleadas, las acciones que realizan y las funciones que desempeñan, tanto con los adolescentes como con su entorno general

Datos de identificación:

Nombre del profesional: ...

Nombre de la institución en la que labora: CRA

Tiempo de trabajo: dos (2) años

ENTREVISTA A

1. ¿Cuántos trabajadores sociales laboran en el Centro?

Una.

2. ¿Cuáles son las principales funciones que desempeña en la institución?

Elaboración de la ficha socio económica, este espacio es aprovechado para consejería, dado que el usuario así me lo solicita, sin que de esto tenga conocimiento el dueño de la Institución, ya que no lo permitiría.

3. ¿Con cuántos adolescentes drogodependientes ha trabajado en el último año?

Ciento tres Noventa (103)

4. ¿Qué tipo de estrategia empleó o emplea con los adolescentes?

Crear empatía con el usuario, para ganarme su confianza y que este responda sin recelo los datos solicitados.

5. ¿Qué herramientas propias del Trabajo Social utiliza en cada una de las fases de intervención?

La metodología participativa es empleada en todas las fases de intervención: preventiva, asistencial y la rehabilitadora

a. ¿Cuál es la metodología que aplica?



Metodología participativa

b. ¿Qué tipo de técnicas emplea y para qué?

Entrevista para la recolección de datos para elaboración del informe socio económico.

c. ¿Qué otro tipo de instrumentos utiliza y para qué?

La entrevista no sigue un patrón establecido, si bien tenemos claro los aspectos a abordar, el desarrollo de la misma se lo hace dando libertad a que el usuario exprese también sobre otros aspectos, que dado el clima de confianza que se crea, el usuario narra otros episodios de su vida.

6. ¿Cómo fue el proceso de intervención?

Las charlas brindan un espacio ameno en el cual el usuario puede sentirse libre de expresar lo que desee. En medio de este clima, la participación del usuario y la confianza que siente le permite poco a poco a tomar consciencia del daño que le ha significado el consumo de drogas. Desde ahí se puede trabajar con el usuario porque toma consciencia de que las drogas han destruido su vida.

a. ¿Cuánto tiempo duró el proceso?

El proceso de la charla se lo hace por minutos, y el tiempo puede variar de un usuario a otro, entre 40 minutos a una hora.

7. ¿Trabajó o trabaja con un equipo inter y/o multidisciplinar?

Sí.

a. En caso de que sí, ¿el trabajo con el equipo es satisfactorio?

Sí.

i. ¿En qué áreas no más intervienen? ¿De qué profesionales no más consta el equipo?

(Trabajador social) No intervengo en ninguna otra área porque no se me permite.

Está formado por:

Psiquiatra

Medico

Psicólogo

Terapeuta familiar



Orientador familiar

Terapistas vivenciales

8. ¿Trabajó o trabaja sólo con el adolescente drogodependiente o también con los miembros de su entorno?

Solo con el usuario.

a. En caso de que haya trabajado o trabaje con los miembros de su entorno, ¿cuáles son los miembros?

b. ¿Cómo fue o es el trabajo con ellos?

9. ¿Cómo fue o es el trabajo con el adolescente drogodependiente?

Durante la entrevista se puede crear un ambiente de confianza, lo que nos ha permitido indagar aspectos profundos que el usuario solo a nosotras nos he comentado.

10. ¿Cuáles son las acciones específicas que realiza el trabajador social con el adolescente drogodependiente?

De permitirse cumplir el rol a cabalidad seria:

El trabajador Social, sería el encargado de recibir al paciente y proceder al llenado de los distintos formularios de ingreso, categorización socio económica, participar en las reuniones del equipo técnico para evaluar el proceso del usuario, acompañamiento en la elaboración y seguimiento del proyecto de vida, velar para que el código de ética, reglamento interno, ruta de atención se cumpla, coordinación interinstitucional, reinserción familiar, comunitaria, laboral educativa, entrevistas familiares.

11. ¿Se logró la rehabilitación?

Sí.

a. ¿Cuánto tiempo duró el proceso de rehabilitación?

Cuatro meses

12. ¿El trabajador social realiza una coordinación con otras instituciones?

Si debe realizar, pero no se me permite.

a. De ser así, ¿cuáles son?

Centro de salud u hospitales, laboratorios clínicos, de lo que he observado.



13. ¿Cuentan con una norma técnica o una ruta de atención para intervenir con el adolescente drogodependiente?

Existe, pero desconozco si aplican o no ya que el tiempo que permanezco en la Institución es limitado (dos o tres veces al mes; y solo realizo una entrevista para la ficha socio económica).

a. Si es así, ¿cuál es y cómo la aplican?

14. A su criterio, ¿cómo evaluaría la intervención con el adolescente drogodependiente?

Bueno

15. Reflexión

a. ¿Cómo siente a la profesión?

i. ¿Qué le falta?

Lamentablemente en la mayoría de los Centros de Rehabilitación de adicciones, el trabajo social es visto como una profesión de poca importancia, una vacante que hay que llenar porque así lo exige el Ministerio de salud, para evitar pagar lo que corresponde, solo se fija tiempo limitado para estas profesionales.

ii. ¿En qué se debe mejorar?

Los Dueños y Directivos de los Centros de Rehabilitación, deberían permitir que el/la trabajador/a social ejerza su rol sin restricciones.



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A TRABAJADORES SOCIALES QUE HAN TRABAJADO CON ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES

La presente entrevista semiestructurada se aplicará a profesionales de Trabajo Social que trabajan o han trabajado con adolescentes drogodependientes, con la finalidad de conseguir información sobre las estrategias y el proceso de intervención, las herramientas empleadas, las acciones que realizan y las funciones que desempeñan, tanto con los adolescentes como con su entorno general

Datos de identificación:

Nombre del profesional: Lcda. Tatiana Morocho

Nombre de la institución en la que labora: CRA

Tiempo de trabajo: tres (3) años

ENTREVISTA B

1. ¿Cuántos trabajadores sociales laboran en el Centro?

Dos. Una trabaja en adicciones y otra en psiquiatría.

2. ¿Cuáles son las principales funciones que desempeña en la institución?

El trabajo que realiza el profesional de Trabajo Social se circunscribe a la necesidad de entender dónde se originó el problema del consumo de drogas, para desde ahí, partir en la elaboración de una estrategia de intervención. El trabajador social mantiene un contacto directo con la persona drogodependiente y su familia, con la finalidad de lograr restaurar ciertos valores que pueden resultar necesarios en el proceso: confianza, honestidad, etc. De igual manera, en el trabajo con los jóvenes drogodependientes se debe practicar habilidades sociales como la resiliencia, tolerancia, empatía, porque el trabajador social sólo trabaja con la palabra y no con fármacos.

El trabajador social en el CRA también es utilizado para otras gestiones, pero en el campo de salud: visitas esporádicas a barrios o colegios.

Otra de las funciones que el trabajador social desempeña es el trabajo de mediador entre el paciente y la familia. El trabajador social ayuda a que la permanencia del paciente no se torne desagradable y, mediante el trato y el

trabajo con el paciente, se inicia en el trato psicológico para que el paciente tome a la rehabilitación como un reto personal.

El trabajador social es el encargado de dar el visto bueno de qué tipo de cosas o información se le puede dar al paciente, debido a que el paciente se encuentra en tratamiento, la familia suele concederle todo lo que el paciente pida, y en la rehabilitación eso es perjudicial.

La intervención del trabajador social con los jóvenes drogodependientes parte de la necesidad de entender en dónde se originó el consumo; restaurar los valores claves que permitirán una rehabilitación óptima, y, finalmente, el trabajo con la comunidad para que el paciente no se encuentre con una discriminación que le pueda llevar nuevamente al consumo de drogas, aunque esto último no se lo realiza de la forma en que debería hacerse, y es así debido a la falta de recursos.

3. ¿Con cuántos adolescentes drogodependientes ha trabajado en el último año?

Noventa (90)

4. ¿Qué tipo de estrategia empleó o emplea con los adolescentes?

El tener empatía, resiliencia y tolerancia con los pacientes para que estos sientan un ambiente adecuado. Las estrategias surgen luego de la aplicación de los modelos: centrado en la tarea y el plan de reforzamiento positivo.

5. ¿Qué herramientas propias del Trabajo Social utiliza en cada una de las fases de intervención?

La metodología participativa es empleada en todas las fases de intervención: preventiva, asistencial y la rehabilitadora

b. ¿Cuál es la metodología que aplica?

Metodología participativa

c. ¿Qué tipo de técnicas emplea y para qué?

Informes sociales, listados de capacidades y problemas, entrevista para la recolección de datos.

d. ¿Qué otro tipo de instrumentos utiliza y para qué?

6. ¿Cómo fue el proceso de intervención?



El proceso de intervención tiene una duración de noventa (90) días, en el cual se realizan una serie de actividades orientadas al bienestar integral de la persona drogodependiente. En general, el proceso de intervención con jóvenes (la trabajadora social insistió en el uso de este término y no adolescente) se torna complejo por factores como que intervienen a favor o en contra del proceso de rehabilitación, entre estos factores, el de mayor relieve es la edad de las personas, la razón es que promueve la inmadurez o infantilidad.

a. ¿Cuánto tiempo duró el proceso?

El proceso de intervención es continuo, desde que la persona ingresa al Centro de Rehabilitación de Adicciones. Como tal, se puede decir que el proceso dura 90 días.

7. ¿Trabajó o trabaja con un equipo inter y/o multidisciplinar?

Sí. Las reuniones del equipo se la realizan dos veces por semana.

a. En caso de que sí, ¿el trabajo con el equipo es satisfactorio?

Sí. El trabajo en equipo es imprescindible en la rehabilitación integral de la persona drogodependiente.

i. ¿En qué áreas no más intervienen? ¿De qué profesionales no más consta el equipo?

El trabajador social participa del “paso de visita” para informar el desarrollo conductual del paciente, es decir: la conducta, el incumplimiento de las normas de convivencia, o las actividades que le son destinadas a los pacientes y estos las incumplen. El trabajador social se encarga de promover la confrontación, pero entendida como el llegar a acuerdos tanto en el equipo inter y multidisciplinar, como con los pacientes, para conseguir el bienestar integral.

Está formado por:

Psiquiatra

Medico

Psicólogo

Trabajador Social

8. ¿Trabajó o trabaja sólo con el adolescente drogodependiente o también con los miembros de su entorno?

El trabajo se lo realiza con el paciente y con la familia.

a. En caso de que haya trabajado o trabaje con los miembros de su entorno, ¿cuáles son los miembros?

En toda intervención siempre se trabaja con la familia. El trabajo que el trabajador social realiza con la familia consiste en:

- i. Entrevistas iniciales
- ii. Recopilación de información del ambiente de la persona drogodependiente
- iii. Sensibilizar en la intervención a la familia sobre el proyecto de Rehabilitación.
- iv. Se trabaja en sesiones entre la familia y el paciente, debido a que ambas partes mantienen perspectivas diferentes del problema en cuestión, y, en la sesión se da una retroalimentación,

b. ¿Cómo fue o es el trabajo con ellos?

El trabajo con la familia es complejo pero imprescindible.

9. ¿Cómo fue o es el trabajo con el adolescente drogodependiente?

El trabajo con los jóvenes drogodependientes es complejo debido a la inmadurez e infantilidad que los jóvenes presentan, sobre todo en el campo del incumplimiento de normas y reglas, lo que aumenta la inconsistencia. Se abren dos posibilidades ante la actitud del joven: O se reacciona a tiempo, o por la inmadurez todo se complica más.

10. ¿Cuáles son las acciones específicas que realiza el trabajador social con el adolescente drogodependiente?

Las acciones específicas del trabajador social consisten en la intervención con los jóvenes bajo el modelo psicoeducativo. Al igual también, los trabajadores sociales realizan entrevistas a los pacientes y la familia de ellos; el paso de visitas; la confrontación tanto entre la familia y el paciente como en el equipo inter y multidisciplinar; recolección de información; sesiones con las personas

drogodependientes; coordinación interinstitucional, seguimiento a los drogodependientes (aunque estos se los determina desde el CRA y se lo hace durante dos años. No lo hace el trabajador social, aunque cae bajo el desempeño de este), el seguimiento consiste en realizar, apenas, una llamada a la familia; reforzamiento en el carácter de la persona; brindar charlas a la comunidad.

11. ¿Se logró la rehabilitación?

En un alto porcentaje no, debido a la poca capacidad para enfrentar problemas de la vida por parte de los pacientes; la frustración de la familia, etc.

a. ¿Cuánto tiempo duró el proceso de rehabilitación?

Tres meses

12. ¿El trabajador social realiza una coordinación con otras instituciones?

Sí.

a. De ser así, ¿cuáles son?

Hospitales, IEES, clínicas particulares, laboratorios

13. ¿Cuentan con una norma técnica o una ruta de atención para intervenir con el adolescente drogodependiente?

Una vez ingresado el paciente al Centro, la ruta de atención la determina el CRA.

a. Si es así, ¿cuál es y cómo la aplican?

14. A su criterio, ¿cómo evaluaría la intervención con el adolescente drogodependiente?

La intervención con los jóvenes drogodependientes es compleja, dificultosa y demanda un enorme esfuerzo y dedicación por parte de los profesionales, y todo esto porque son jóvenes cuyas vidas se están truncando, no obstante, también se requiere personalidad y carácter fuerte, no cayendo en la jerarquización, pero tampoco crear un ambiente de confusión en el que los jóvenes consideren que se encuentran ante un igual. El trabajo con los jóvenes demanda de mucho esfuerzo y tolerancia.

15. Reflexión

a. ¿Cómo siente a la profesión?



La profesión es hermosa, pero se corre el riesgo de caer en la frustración debido a que todo el esfuerzo que realiza el trabajador social puede quedar anulado por la falta de colaboración de la familia en la rehabilitación de la persona drogodependiente.

i. ¿Qué le falta?

Hay que reestructurar la profesión para que deje de ser vista como una profesión de relleno, y que no se desprecie a la profesión. El primer paso es vencer a ley del mínimo esfuerzo.

Un punto que incide desfavorablemente es que los profesionales de trabajo social brindar continuamente una respuesta negativa, sin tener en cuenta que, en varios casos, los familiares viven a distancias considerables y se les dificulta poder visitar a su familiar.

ii. ¿En qué se debe mejorar?

Se debe mejorar, principalmente, en que la profesión debe dejar de considerarse una profesión de poco peso y/o responsabilidad.



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A TRABAJADORES SOCIALES QUE HAN TRABAJADO CON ADOLESCENTES DROGODEPENDIENTES

La presente entrevista semiestructurada se aplicará a profesionales de Trabajo Social que trabajan o han trabajado con adolescentes drogodependientes, con la finalidad de conseguir información sobre las estrategias y el proceso de intervención, las herramientas empleadas, las acciones que realizan y las funciones que desempeñan, tanto con los adolescentes como con su entorno general

Datos de identificación:

Nombre del profesional: Lic. Alicia Yanza

Nombre de la institución en la que labora: CENTERAVID

Tiempo de trabajo: 1 año y 4 meses

ENTREVISTA C

1. ¿Cuántos trabajadores sociales laboran en el Centro?

Dos.

2. ¿Cuáles son las principales funciones que desempeña en la institución?

Atención e intervención con usuarios con adicciones (hombres de 18 a 65 años)

3. ¿Con cuántos adolescentes drogodependientes ha trabajado en el último año?

4. ¿Qué tipo de estrategia empleó o emplea con los adolescentes?

5. ¿Qué herramientas propias del Trabajo Social utiliza en cada una de las fases de intervención?

Las herramientas utilizadas son:

- ✓ Guía de entrevistas-
- ✓ Cuaderno de notas

a. ¿Cuál es la metodología que aplica?

- ✓ Caso y el Modelo de Modificación de Conducta.

b. ¿Qué tipo de técnicas emplea y para qué?



- ✓ Observación.
- ✓ Entrevista Individual, Grupal, Familiar.
- ✓ Informe Social.
- ✓ Visita domiciliaria.

c. ¿Qué otro tipo de instrumentos utiliza y para qué?

6. ¿Cómo fue el proceso de intervención?

El proceso de intervención parte de la entrevista con el usuario y se realiza un seguimiento semanal al mismo.

a. ¿Cuánto tiempo duró el proceso?

El proceso de internamiento dura 4 meses.

7. ¿Trabajó o trabaja con un equipo inter y/o multidisciplinar?

a. En caso de que sí, ¿el trabajo con el equipo es satisfactorio?

Si. Satisfactorio.

i. ¿En qué áreas no más intervienen? ¿De qué profesionales no más consta el equipo?

El equipo multidisciplinario consta de 3 Psicólogos, 2 Trabajadoras Sociales y 2 operadores Vivenciales.

8. ¿Trabajó o trabaja sólo con el adolescente drogodependiente o también con los miembros de su entorno?

a. En caso de que haya trabajado o trabaje con los miembros de su entorno, ¿cuáles son los miembros?

b. ¿Cómo fue o es el trabajo con ellos?

9. ¿Cómo fue o es el trabajo con el adolescente drogodependiente?

10. ¿Cuáles son las acciones específicas que realiza el trabajador social con el adolescente drogodependiente?

11. ¿Se logró la rehabilitación?

a. ¿Cuánto tiempo duró el proceso de rehabilitación?

b. ¿El trabajador social realiza una coordinación con otras instituciones?

i. De ser así, ¿cuáles son?



12. ¿El trabajador social realiza una coordinación con otras Instituciones?

13. ¿Cuentan con una norma técnica o una ruta de atención para intervenir con el adolescente drogodependiente?

a. Si es así, ¿cuál es y cómo la aplican?

14. A su criterio, ¿cómo evaluaría la intervención con el adolescente drogodependiente?

15. Reflexión

a. ¿Cómo siente a la profesión?

La profesión día a día está logrando más reconocimiento en todas las áreas públicas y privadas.

i. ¿Qué le falta?

Actuación de la Escuela de Trabajo Social en el Zonal 6

ii. ¿En qué se debe mejorar?

El empoderamiento de nosotras como profesionales para hacer reconocer mejor nuestra profesión.



Bibliografía

- Aguilar Idáñez, María José. *Trabajo Social. Concepto y metodología*. Marbella: Paraninfo, 2013. Libro.
- Alvarado Rodríguez, Susana y Jéssica Granados Quesada. *Estrategias de Intervención de Trabajo Social desde un enfoque interdisciplinario en las Unidades de Cuidados Paliativos de las Regiones Central, Chorotega y Huetar Norte de Costa Rica*. San José: Universidad de Costa Rica, 2008. pdf.
- Ander-Egg, Ezequiel. «El trabajo Social como acción liberadora.» Humanitas, 2012. 43.
- Arbex Sánchez, Carmen. *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid/ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales) Martínez Izquierdo, 82 28028 Madrid , 2002. ISBN: 84-699-9740-8.
- Armijos Moreno, Diana Beatriz. *LA DROGADICCIÓN JUVENIL EN EL CANTÓN CUENCA: UN PROBLEMA SOCIAL*. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2015. pdf.
- Asun, Domingo. «Drogas, juventud y exclusión social.» Santiago: Universidad Diego Portales, 2011.
- Barranco Expósito, Carmen. «La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada.» *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, N. 12 (diciembre 2004) (2004): 79-102. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5592>.
- Becerra, Rosa María. «Trabajo Social en Drogadicción.» Quito: Humanitas, 2012. 103-106.
- Becoña Iglesias, Elisardo. «LOS ADOLESCENTES Y EL CONSUMO DE DROGAS.» *Papeles del psicólogo* (2000): 25 - 32. pdf.
- Caballero, Fernando. «Las Drogas Educación y Prevención.» Madrid: Humanitas, 2012.
- Caballero, Sandra. *PATOLOGÍA DUAL: LA INTERVENCIÓN PLURAL*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2015. pdf.
- Caudevilla, Fernando. «DROGAS: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo.» *Barcelona: sn* (2007): 1 - 39. pdf.



Chinea Lorenzo, Nadia Elena. *La inserción social de personas drogodependientes desde los recursos especializados de atención a las drogodependencias*. Tenerife: Universidad de la Laguna, 2014. pdf.

Consejería de sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. «Guta de prevención de drogodependencias en el ámbito laboral.» *Guía de prevención de drogas* (Recuperado el 15/01/2017): 1 - 19. http://www.gadeso.org/sesiones/gadeso/web/14_paginas_opinion/sp_10000257.pdf.

Corrêa de Carvalho, José Theodoro. «HISTORIA DE LAS DROGAS Y DE LA GUERRA DE SU DIFUSIÓN .» *Recuperado de: http://www.works.bepress.com/jose_theodoro_carvalho/1* (2007): 1 - 13. <http://noticias.juridicas.com/articulos/00Generalidades/200712-123355956848.html> Consultado el: 30 de octubre de 2008 .

Damin, Carlos. *Abuso de sustancias psicoactivas, un problema de salud publica*. 01 de enero de 2011. 28 de agosto de 2016. <<http://bit.ly/13LQ17A>>.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional y MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Drogas: realidades, mitos, efectos, tipos, riesgos, abuso, consumo, dependencia : [guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007. Open WorldCat.

Delgado, Pedro. «Investigación, Prevención y Tratamiento del Uso Indebido de las Drogas. Notas sobre Drogas. .» Caracas: Asesorar C. A., 2013. 222.

Departamento de salud de los EUA. «DrugFacts.» *National Institute on Drug Abuse* (2012): 1 - 4. pdf.

—. «La ciencia de la adicción.» *National Institute on Drug Abuse en español* (2008): 1 - 29. https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf.

Departamento de Salud y Sericios Humanos de EUA. «Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones.» *Instituto Nacional sobre el abuso de drogas* (2010): 1 - 78. PDF.

DNA, Direccion Nacional de Antinarcóticos. *Diario El Universo Digital*. 04 de abril de 2016. 11 de septiembre de 2016. <<http://www.eluniverso.com/noticias/2016/04/04/nota/5504028/46-jovenes-cree-que-droga-circula-su-plantel>>.

Egidos Tolosa, Luz, y otros. «Intervención del/la trabajador/a social en Centros y Unidades de Prevención y Tratamiento en Drogodependencias y otras Conductas Adictivas.» *DECRETO 91/2003, de 1 de abril, por el que se declara*

Bien de Interés Cultural, con la categoría de Conjunto Histórico, el sector delimitado a tal efecto de la población de Ubrique (Cádiz). Ed. María José Monrós Chancosa y Mercedes Sánchez Guerrero. Cádiz: Agencia Valenciana de Salud, 2012. 1 - 70. <http://repositorio.iaph.es/handle/11532/241044>.

Fernández García, Tomás y Laura Ponce de León Romero. «El proceso de intervención en el Trabajo social con casos: una enseñanza teórica-práctica para las escuelas de Trabajo Social.» *UNED* (Recuperado el 5/06/2017): 1 - 18. pdf.

Frada, G, y otros. «Aparato digestivo.» *ENCICLOPEDIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO* (Recuperado el 6/4/2017): 4.2 - 4.12. pdf.

Gale, A y A. J. Chapman. «Psicología y Problemas Sociales. .» *Introducción a la Psicología Aplicada*. Mexico: Limusa-Noriega, 2011. 156.

García Moreno, María del Rosario. *CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES: DISEÑO Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR* . Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2003. pdf.

García, Raúl y Mark Bellver. *Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitario nacionales*. Ed. Escámez Juan. Valencia: Nau Llibres, 2013.

Garzón, Alberto. «Psicología social e intervención social.» *Revista de investigación psicológica* (2012): 120.

Gómez Gómez, Francisco. «Técnicas y métodos para la intervención social aplicadas a las investigaciones del derecho de familia.» *Episteme* (2008): 187 - 203. pdf.

González Calleja, Francisco, María del Mar García-Señorán y Salvador González González. «CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA.» *Psicothema* (1996): 257 - 267. <http://www.redalyc.org/html/727/72780201/>.

González Marquetti, Teresa, y otros. «Drogas y sexualidad: grandes enemigos.» *Revista Cubana de Medicina General Integral* (2005): 1 - 14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000500015&script=sci_arttext&tlng=pt.

Gonzalez, Alfredo. «Drogas que Producen Dependencia. Caracas, Montes,» Caracas-Venezuela: Montes, 2011. 70.

González, Francisco, María del Mar García-Señorán y Salvador González González. «CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA.» *Psicothema* (1996): 257 - 267. <http://www.redalyc.org/html/727/72780201/>.



- Guinot Viciano, Cinta. «Intervención social y drogodependencias.» *LA SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO* (2010): 221 - 232. http://ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1941_3.pdf.
- Gutiérrez del Río, C. «Adicción a drogas: consumo y consecuencias en continuo cambio.» *Anales de medicina interna* (2003): 501 - 503. pdf.
- Guzmán, Cecilia y Silvana López. *Medicina Social. Drogas ilegales y el rol del Trabajo Social*. Comisión práctica. Buenos Aires: Universidad Nacional de la Plata, 2007. word.
- Hernández López, Teresa, y otros. «La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un indicador de consumo problemático.» *Psychosocial Intervention* (2009): 199 - 212. <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n3/v18n3a02.pdf>.
- Hernández, Ezquivel Cristian Enmanuel. *Estrategias de Intervención Educativa*. 19 de mayo de 2011. 10 de octubre de 2016. <<http://es.slideshare.net/torukajin/estrategias-de-intervencion-educativa>>.
- Huici Montagud, Alicia y Marta Bonilla Hidalgo. «NTP 441: Tóxicos para la reproducción masculina.» *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* (1995): 1 - 8. http://www.ladep.es/ficheros/documentos/ntp_441.pdf.
- Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias del Instituto de adicciones*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 2012. pdf.
- Izquierdo, Pablo. «La Droga un Problema Familiar y Social con Solución. Bilbao,» Bilbao: Mensajero, 2011. 140.
- Kandel, David B. y Jean Logan. «Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: 1. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation.» *American Journal of Public Health* 74.660-666 (2010).
- Labake, Julio César y Graciela Meroni. «Por Amor a la vida no a las drogas,» Buenos Aires: Bonum, 2012. 67.
- Lourenco, Martins A. G. *jypedrogadicción*. 6 de agosto de 2012. 6 de agosto de 2016. <<http://jypedrogadiccion.blogspot.com/2012/06/historia-y-antecedentes.html>>.
- Luengo, María de los Ángeles, y otros. «El consumo de drogas en los adolescentes inmigrantes: implicaciones para la prevención.» *Revista Española de Drogodependencias* (2009): 448 - 479. http://www.aesed.com/descargas/revistas/v34n4_4.pdf.



- Manco, Gabriela. 2013. *DEVIDA*. 10 de mayo de 2015. <<https://prezi.com/mjnu7aunyknv/programa-para-prevenir-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas/>>.
- Martinez, Patricia, Rubio Mariana Rosete y Renata de los Rios Escalante. *Niños de la calle: autoestima y funcionamiento yoico, julio-diciembre 2007*. 1 de noviembre de 2011. 15 de octubre de 2016. <<http://www.cneip.org/revista/12-2/martinezlanz.pdf>>.
- Maturana, Alejandro. «Consumo de alcohol y drogas en adolescentes.» *Revista Médica Clínica Las Condes* (2011): 98 - 109. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703972>.
- Moix Martínez, Manuel. «El Trabajo Social y los servicios sociales. Su concepto.» *Cuadernos de Trabajo Social* (2004): 131 - 141. pdf.
- Molina Lorite, Ana Belén. *TRABAJO SOCIAL E INCLUSIÓN SOCIO-LABORAL: UNA APROXIMACIÓN A LA EMPLEABILIDAD EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA*. Jaén: Universidad de Jaén, 2014. pdf.
- Molina Mansilla, María del Carmen. «Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado.» *International E-journal of Criminal Sciences* (2008): 1 - 30. <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/inecs/article/view/42>.
- Molina, María Lorena y María Cristina Romero Saint Bonnet. *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social*. San José. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2004. pdf.
- Organización de los Estados Americanos. *El problema de las drogas en las Américas*. OEA: OAS Catalogin in-Publication data Insulza, 2017. pdf.
- Organización Mundial de la Salud. «Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.» *Biblioteca de la OMS* (2004): 1 - 40. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42865/1/924359124X.pdf>.
- Pereira Vasters, Gabriela y Sandra Pillon. «Uso de drogas por adolescentes: sus percepciones sobre adhesión y el abandono del tratamiento especializado.» *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (2011): 1 - 8. <http://www.redalyc.org/html/2814/281421955013/>.
- Pérez del Río, Fernando, Manuel Mestre Guardiola y Francisco Javier del Río. «Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad.» *Revista Adicción y Ciencia* [www. adiccionyciencia. info](http://www.adiccionyciencia.info) Volumen (2012): 1 - 13. www. adiccionyciencia. info Volumen.



- Ramírez, Jaime. «La Cuestión de las Drogas en América Latina. .» Caracas - Venezuela: Monte, 2010. 98.
- Ramírez, Jhon. *Influencia de las drogas en los adolescentes*. 16 de junio de 2011. 01 de septiembre de 2016. <<http://influenciadelasdrogasenlosadolescentes.blogspot.com/2011/06/influencia-de-las-drogas-en-los.html>>.
- Ríos, Juan Carlos. *Factores psicosociales en la rehabilitación del consumo de drogas*. Santiago: Universidad Academia de humanismo cristiano, 2006. pdf.
- Rodríguez, Julio de la Caridad y Carlos González. «DROGAS: INFORMACIÓN NECESARIA .» *V Congreso Internacional Virtual de Educación*. Habana: Ministerio de educación superior, Cuba, 2005. 1 - 20. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/24525>.
- Rojas Valero, Milton y Alejandra Rodríguez Chacón. «Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar.» *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito* (2016): 1 - 91. <http://repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/258>.
- Sanjuan, Alfonso y Ibáñez López. *Todo sobre las drogas legales e ilegales (incluido alcohol y tabaco)*. Madrid, 1992. pdf.
- Sección de drogodependencias. «GUÍA DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS ¿Qué sabemos? ¿qué tenemos? .» *Informe Municipal* (Recuperado el 17/3/2017): 1 - 50. pdf.
- Sever, Lowell, y otros. «Toxicidad sobre el desarrollo.» *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (Recuperado el 6/04/2017): 9.1 - 9.33. <http://www.jmcprl.net/OIT%20completa/9.pdf>.
- Solum, Donas Burak. «Adolescencia y juventud en Latinoamérica.» LUR, 2011. 451.
- Tello Peón, Nelia. «Ires y venires de la intervención de Trabajo Social.» *Trabajo Social UNAM* (2010): 60 - 71. pdf.
- Ulbrich, Karina Andrea. *Un acercamiento desde el Trabajo Social a las Políticas de Prevención y Asistencia sobre el uso y abuso de Alcohol y otras Drogas en la Industria del Petróleo*. Comodoro Rivadavia: Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, 2014. pdf.
- Ventura Elías, Celina Dolores. «Rehabilitación de la persona dependiente.» *Revista científica de enfermería* (2012): 64 - 70. pdf.



Vicario, Hidalgo y Redondo Romero. «Consumo de drogas en la adolescencia.» *Pediatría• Integral*, IX (2005): 137 - 155.
<http://www.culturadelalegalidad.org.mx/recursos/Contenidos/Infanciayadolescencia/documentos/Consumo%20de%20drogas%20en%20la%20adolescencia.pdf>.

Zavaleta, Alfonso. «Breve historia de las drogas.» *Informes Anuales* (2013): 1-2. pdf.

Enlaces web empleados

- Analgésicos narcóticos

<http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/dolor/terapias/narcoticos>

- Asamblea Nacional

<http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/34312-consep-emite-cifras-sobre-consumo-de-drogas>

- Diccionario de Trabajo social. Ezequiel Ander Egg

<https://drive.google.com/file/d/0Bw-3yPOp2B3dYzNGak5TcFFKOFE/view>

- El Ciudadano: Centro de tratamiento de adicciones en Quito permite rehabilitación de jóvenes mujeres

<http://www.elciudadano.gob.ec/centro-de-tratamiento-de-adicciones-en-quito-permite-rehabilitacion-de-jovenes-mujeres/>

- El diario: El consumo de drogas en Ecuador empieza a los 12 años

<http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/377836-el-consumo-de-drogas-en-ecuador-empieza-a-los-12-anos/>

- El Telégrafo: Ecuador fija tabla para el aporte y consumo de drogas

<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/13/ecuador-fija-tabla-para-el-aporte-y-consumo-de-drogas>

- El Telégrafo: La adolescencia, juventud y las drogas.

<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/columnistas/1/la-adolescencia-juventud-y-las-drogas-problema-de-todos-1>

- El Telégrafo: La edad promedio del consumo de drogas



<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/13/la-edad-promedio-de-inicio-de-consumo-de-drogas-es-de-143-anos>

- El Telégrafo: El consumo de drogas en colegios, un asunto “multicausal y complejo”.

<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/el-consumo-de-drogas-en-colegios-un-asunto-multicausal-y-complejo>

- El Universo: El 46% de jóvenes de Ecuador cree que droga circula en su plantel

<http://www.eluniverso.com/noticias/2016/04/04/nota/5504028/46-jovenes-cree-que-droga-circula-su-plantel>

- Ministerio de Salud Pública

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/Criterios%20de%20inclusi%C3%B3n%20drogas%20y%20flujograma.pdf>

- SETED

<http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?p=1107>

<http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?p=859>

- Sitio web

<https://sites.google.com/site/nosotrosdecimosnoalasdrogasytu/actuacion-del-trabajador-social-con-drogadictos>